

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

U. E. R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

N° d'Ordre 564

Année 1976

AVORTER DANS LA SOLITUDE

A propos de 251 dossiers d'avortements tardifs recueillis
dans la région Rhône-Alpes de Juin 1975 à Avril 1976

THÈSE

Présentée à L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

et soutenue publiquement le 21 Décembre 1976

pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE

par

NICOLAUS Marie-Christine

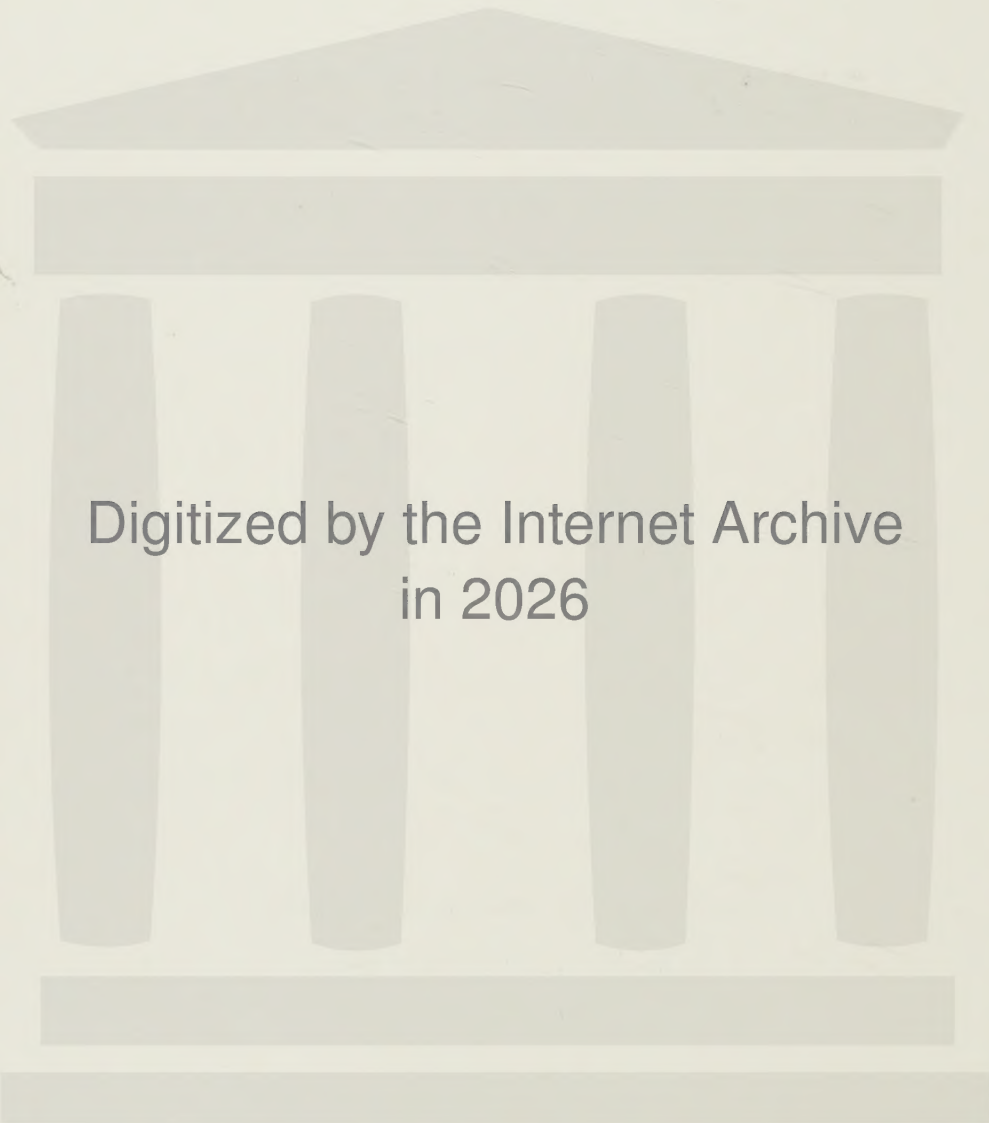
Née le 18 Décembre 1946

à PARIS XVIII^e

EDITIONS A. G. E. L.

72. Rue Etienne-Richerand - 69003 LYON

1976



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553602_0020

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

U. E. R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

N° d'Ordre 564

Année 1976

AVORTER DANS LA SOLITUDE

**A propos de 251 dossiers d'avortements tardifs recueillis
dans la région Rhône-Alpes de Juin 1975 à Avril 1976**

THÈSE

Présentée à L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

et soutenue publiquement le 21 Décembre 1976

pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE

par

NICOLAUS Marie-Christine

Née le 18 Décembre 1946

à PARIS XVIII^e

EDITIONS A. G. E. L.

72. Rue Etienne-Richerand - 69003 LYON

1976

AVOUSTEN DANS LA SOLITUDE

A propos de 551 dossiers d'avouements faits recueillis
dans la région Rhône-Alpes de Juin 1973 à Avril 1978

THÈSE

Présentée à l'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I
et soutenue publiquement le 01 Décembre 1978
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE

par

NICOLAUS Marie-Christine

Née le 18 Décembre 1953

à PARIS XVII



Président de l'Université : Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Professeur E. ELBAZ

Deuxième vice-Président : M. PONCET

Troisième Vice-Président : M. BONNET

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE :

MEDECINE : GRANGE-BLANCHE : Directeur : M. Le Docteur B. SALLE (M.C.A.)
ALEXIS-CARREL : Directeur : M. Le Professeur C. GIROD
SUD-OUEST : -Directeur : M. Le Professeur J. ROBERT
LYON-NORD : Directeur : M. Le Professeur J.P. GARIN
Directeur Honoraire : Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur : M. Le Professeur J.C. CZYBA

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur : M. Le Docteur A. MORGON (M.C.A.)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur : M. Le Professeur L. ODDOUX

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur : M. Le Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE : Président du Conseil
d'U.E.R. : M. Le Professeur R. GUILLERME
Directeur : M. A. MILLON

MATHEMATIQUES : Directeur : M. Le Professeur H. BUCHWALTER

PHYSIQUE : Directeur : M. Le Professeur R. UZAN

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Directeur : M. Le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur : M. Le Professeur BRUN J.

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur : M. R. FONTANGES (M.C.A.)

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°1 : Directeur M. Le Professeur B. POUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°2 : Directeur : M. J. GALLET (Directeur ENSAM)

OBSERVATOIRE : Directeur : M. Le Professeur J. H. BIGAY

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur : M. Le Professeur A. SARAZIN

MECANIQUE : Directeur : M. Le Professeur J. MATHIEU

COMPOSITION DU JURY

MM.	le Professeur L. ROCHE (Président)	U. E. R. Alexis Carrel
	le Professeur A. NOTTER	U. E. R. Sud - Ouest
	le Professeur J. VEDRINNE (Maître de Conférences Agrégé)	U. E. R. Sud - Ouest
	le Professeur J.M. THOULON (Maître de Conférences Agrégé)	U. E. R. Lyon Nord
Mme	le Docteur C. VITANI	

A MES PARENTS

A MES SOEURS

A MON FRERE

A MARC

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. ROCHE

*Nous avons été sensible à l'amabilité avec
laquelle il nous a reçue.*

*Nous le remercions de l'honneur qu'il nous
fait en acceptant de présider notre Jury.*

*Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre
gratitude et notre reconnaissance.*

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur A. NOTTER

*Nous lui adressons nos vifs remerciements
pour avoir accepté si aimablement de nous
juger.*

*Qu'il trouve ici le témoignage de notre
gratitude.*

Monsieur le Professeur J. VEDRINNE
Maître de Conférences Agrégé

*Il nous a reçue avec beaucoup de bienveillance,
et grâce à son aide, nous a permis la réalisation
de ce travail.*

*Nous le remercions d'avoir accepté de faire
partie de notre Jury et lui exprimons notre
reconnaissance.*

Monsieur le Professeur J.M. THOULON
Maître de Conférences Agrégé

*Nous lui adressons nos vifs remerciements
pour avoir accepté de nous juger.*

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

Madame le Docteur C. VITANI

*Elle a eu l'amabilité de nous recevoir dans son
service, et nous a permis de consulter les dossiers.*

Son aide nous a été précieuse.

Nous sommes touchée de l'avoir parmi notre Jury.

Qu'il nous soit permis de lui adresser nos vifs remerciements.

Nous remercions toutes les personnes qui nous ont reçue avec tant de gentillesse et qui nous ont aidée.

En particulier

Monsieur le Docteur DEBOUT

Il a inspiré cette thèse et nous a aidé à sa réalisation.

Nous le remercions pour le temps qu'il a consacré à nous guider.

Madame le Docteur DALIGAND

Messieurs les Docteurs : COHEN

CROMBECQUE

DO

MARQUET

MARTIN

DE PURY

INTRODUCTION

Depuis la parution de la loi Veil du 17 janvier 1975 beaucoup de travaux écrits ont précisé les modalités de l'interruption volontaire de grossesse (I. V. G.), mais peu de choses ont été dites sur un des aspects de cette loi concernant les avortements thérapeutiques.

Avant la loi de 1975 tout avortement, quelque soit l'âge de la grossesse était illégal. Cependant, dans le cas exceptionnel où la grossesse mettait en danger la vie de la mère, l'avortement thérapeutique pouvait être pratiqué. Il faut préciser que dans ce cas, la demande d'avortement était examinée par une commission de trois médecins, dont deux experts auprès des tribunaux.

Au cours du temps, les indications d'avortements thérapeutiques se sont élargies avec la tolérance des médecins experts.

Rappelons quelques chiffres éloquentes : de 1967 à 1972 on enregistre 272 demandes d'avortement thérapeutique au pavillon N de l'hôpital Edouard Herriot, et pour la seule année de 1974, le chiffre des demandes passe à 1 866.

Pour les avortements thérapeutiques, on ne tenait pas compte de l'âge de la grossesse, mais seulement de l'état de santé de la femme.

Depuis la loi Veil de 1975, il existe deux possibilités d'avortement :

- les I. V. G. qui se pratiquent en deçà de dix semaines de grossesse sur proposition de la femme enceinte au médecin. L'optention et la réalisation sont habituellement faciles.

- les avortements thérapeutiques, qui se pratiquent à tout âge de la grossesse, mais d'obtention plus complexe.

Les modalités de l'avortement thérapeutique sont précisées par l'article L. 162-12 du 17 janvier 1975 où il est mentionné que :

"L'interruption d'une grossesse peut, à tout époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 176 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel.

Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée deux autres sont conservés par les médecins consultants."

Ces dispositions s'appliquent à toute grossesse, quelqu'en soit l'âge, mais du fait de la complexité de ces démarches, lorsque la grossesse est précoce les femmes ont recours plus volontiers à l'I. V. G., et ainsi l'avortement thérapeutique se confond avec l'avortement tardif.

Cet article appelle par ailleurs quelques commentaires :

- la décision de l'interruption de grossesse revient à deux médecins dont l'un est expert auprès des tribunaux, et dont l'autre travaille dans le secteur public ou privé. La spécialisation du deuxième n'est pas précisée.

- l'interruption peut être pratiquée par tout médecin à condition qu'il réalise l'intervention dans un établissement public ou privé habilité par la D. A. S. S.

- par extension à la loi 1920, l'avortement est possible lorsque la santé de la femme est en cause et non plus seulement sa vie, ainsi que la santé de l'enfant. Les indications d'avortement thérapeutique se trouvent donc étendues.

- il paraît certain que la limite de 10 semaines de grossesse au delà de laquelle l'interruption volontaire de grossesse ne peut plus être pratiquée librement a été fixée pour des raisons techniques. En effet, jusqu'à 10 semaines de grossesse, l'avortement peut se pratiquer de façon simple et rapide par voie basse. L'ancienne méthode de dilatation et curetage a maintenant été remplacée par celle de l'aspiration, qui peut même être pratiquée de façon ambulatoire, réduisant ainsi au minimum les inconvénients et les complications de cet acte. Au delà de 10 semaines, il n'en va plus de même et le médecin devra avoir recours à d'autres techniques.

Néanmoins, la barrière de 10 semaines dictée dans la loi paraît discutable à de nombreux praticiens :

- il est parfois difficile d'indiquer avec exactitude l'âge réel de la grossesse, et les femmes elles-mêmes qui commencent à connaître les termes de la loi peuvent être amenées à donner des renseignements erronés sur le début de leur grossesse, ce qui complique le diagnostic du médecin.

- bon nombre de médecins pratiquant la méthode Karman, d'aspiration ambulatoire, considèrent que la limite de 10 semaines

est déjà tardive du point de vue technique, cette méthode ne serait fiable que jusqu'à 7 à 8 semaines de grossesse.

Nous avons cherché à connaître la manière dont les avortements tardifs (la grossesse étant supérieure à 10 semaines) étaient pris en charge, au moment de la consultation de l'expert et au moment de l'intervention.

Nous avons pour cela consulté les observations au pavillon N de l'hôpital Edouard Herriot et rencontré les médecins qui pratiquent actuellement ou ont pratiqué des avortements tardifs.

TECHNIQUES

I - DESCRIPTION DES DIFFERENTES TECHNIQUES DE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE AU COURS DU DEUXIEME TRIMESTRE DANS LA LITTERATURE

Les deux principaux écrits auxquels nous nous sommes référés sont :

- l'article du Docteur DARGENT - in CML (9 mai 1975) - :
"les risques immédiats de l'avortement tardif."
- l'article du Docteur DE WATTEVILLE - in avortement et parturition provoqués - :
"Les interruptions de grossesse au deuxième trimestre, à la maternité de Genève."

Les techniques sont au nombre de trois :

- l'injection de sérum salé hypertonique, méthode la plus utilisée actuellement,
- la minicésarienne,
- les prostaglandines.

A - Le sérum hypertonique

Il s'agit d'une injection intra-amniotique d'une solution hypertonique de chlorure de sodium. Cette méthode s'applique entre la 14^{ème} et 25^{ème} semaine d'aménorrhée. Plusieurs solutions furent utilisées, c'est le chlorure de sodium, le plus employé, qui est le plus efficace en raison de sa faible toxicité et de sa facilité d'utilisation.

A Genève, les médecins utilisent une solution à 10 ‰, mais généralement c'est une concentration à 20 ‰ qui est retenue car elle diminue le risque d'échec et raccourcit le temps entre l'injection intra-amniotique et l'expulsion du fœtus. Mais cette concentration présente plus de risques lors d'un passage intra-vasculaire.

- l'amniocentèse se pratique habituellement en milieu chirurgical avec une asepsie stricte, la vessie de la patiente étant évacuée et une sonde laissée en place de façon à surveiller l'apparition d'une polyurie, signe précoce d'un passage intra-vasculaire.

- l'anesthésie générale n'est jamais utilisée car elle ne permet pas de constater les signes précoces d'un passage intra-vasculaire du sérum hypertonique (brûlure de la langue, vertiges, céphalées, sentiment de soif intense, chaleur à la tête). Mais les médecins font une anesthésie locale par infiltration de 5 à 10 cc d'une solution de xylocaïne à 1 ‰ sans adrénaline ; chez les malades très anxieux ils injectent un sédatif par voie veineuse.

- la ponction se pratique à environ deux travers de doigts au dessous du fond utérin dans la région médiane en enfonçant dans un angle de 45° vers la symphyse. L'écoulement du liquide amniotique signale la pénétration de l'aiguille dans la cavité amniotique. Ce liquide est clair, incolore ou citrin.

Lorsque le liquide est sanguinolent, soit il peut redevenir clair, l'aiguille a alors passé le placenta mais est bien placée, soit rester franchement sanguinolent, il y a alors des lésions vasculaires.

Pour éviter l'aire placentaire on peut s'aider d'ultra-sons. A Genève, pour obtenir une concentration salée suffisante sans tension douloureuse de l'utérus, les médecins échangent progressivement un litre de liquide amniotique contre un litre de sérum salé à 10 %, en fraction de 100 à 2 00 cc. Cet échange se fait en circuit fermé, en adaptant le système exsanguino transfusion.

D'autres auteurs utilisent 200 à 300 ml d'une solution de chlorure de sodium à 20 % qu'ils injectent en perfusion lente

- l'injection intra-amniotique suffit pour provoquer l'expulsion du fœtus dans la grande majorité des cas. Il semble cependant possible de diminuer l'intervalle entre l'injection intra-amniotique et le début du travail utérin efficace en ajoutant systématiquement une perfusion intra-veineuse d'ocytociques.

L'intervalle de temps entre l'injection intra-amniotique et l'expulsion du fœtus est en moyenne de 24 à 48 heures.

L'hospitalisation dure environ 5 à 6 jours.

B - La minicésarienne

L'hystérotomie était avant 1960 la méthode la plus largement employée pour les interruptions de grossesse au cours du deuxième trimestre.

Actuellement l'injection de sérum salé étant une méthode comportant moins de risques pour l'avenir obstétrical des femmes, l'hystérotomie n'est utilisée que lorsque le sérum salé est contre-indiqué.

L'hystérotomie peut se pratiquer par voie abdominale ou vaginale :

- pour l'abord abdominal, on peut faire une laparotomie verticale ou horizontale ; le fond utérin est alors incisé dans le plan vertical médian.

- pour l'abord vaginal, on incise d'abord le vagin au niveau de son insertion avec le col. La paroi antérieure de l'utérus est ensuite ouverte et l'on peut soit sectionner le col et l'isthme, c'est la solution la plus simple ; soit inciser au dessous de l'isthme, c'est la solution la plus compliquée, mais la plus physiologique.

C - Les prostaglandines

C'est une méthode encore peu utilisée. Les premiers essais furent faits en Suède et en Ouganda.

L'action ocytotique des prostaglandines se manifeste à tous les stades de la grossesse.

Elles peuvent être administrées par voie intra-utérine ou par voie veineuse, parfois même par voie vaginale sous forme de comprimés.

Les prostaglandines déclenchent des contractions utérines amenant l'expulsion du fœtus. L'intervalle entre l'injection de prostaglandine et l'expulsion du fœtus est habituellement de 12 à 24 heures.

Le plus souvent le fœtus est expulsé vivant, contrairement à la méthode du sérum salé où le fœtus est en general expulsé mort.

II - LES RESULTATS ET LES COMPLICATIONS DE CES DIFFERENTES

METHODES DANS LA LITTERATURE

A - Pour le sérum salé hypertonique

1 - Echec de l'induction

Rappelons les statistiques écrites dans l'article du Docteur Dargent :

:	:	:	:	:
:	:	:Nombre de cas	: Echecs	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
: CSAPO	: 1967	: 516	: 0 à 24 %	:
: Bengtsson	: 1968	: 947	: 3,5 %	:
: Schulman	: 1971	: 323	: 4,0 %	:
: Kerenyi	: 1973	: 5 000	: 0,4 %	:
: De Watteville	: 1974	: 1 111	: 9,8 %	:
:	:	:	:	:

Cet échec de l'induction du travail peut être dû :

- à des causes techniques :

- jeunes praticiens au cours de leur formation,
- l'aiguille n'a pas été introduite dans la cavité amniotique,
- l'injection ayant été arrêtée du fait de l'apparition de signes d'intolérance chez la patiente.

- à des causes fonctionnelles :

Dans ce cas une perfusion d'ocytocique peut aider l'induction des contractions utérines. Cette perfusion se faisant en général au bout de 24 heures, et pouvant être répétée le lendemain et le surlendemain. D'autres auteurs mettent en route la perfusion d'ocytocique en même temps, et de façon systématique, que l'injection intra-amniotique.

2 - Les rétentions placentaires

Dans la littérature, on trouve des chiffres importants de rétention placentaire après les interruptions de grossesse par injection intra-amniotique.

		Nombre de cas	Rétention
Wagatsuma	1965	6 611	25,5 %
Schulman	1971	323	8,0 %
Kerenyi	1973	5 000	12,9 %
De Watteville	1974	1 111	19,0 %
Newton	1974	161	30,4 %

C'est pourquoi certains auteurs font des curetages systématiques dans les heures qui suivent l'expulsion.

3 - L'infection

La gravité des infections est très variable. On peut noter une simple élévation de température, sans signes d'infection locale, une annexite, une endométrite et exceptionnellement des septicémies pouvant être mortelles.

La fréquence des infections est diversement appréciée elle oscille entre 2,4 % et 13,8 %.

C'est pourquoi les médecins refusent les femmes présentant une infection dans la sphère génitale ou générale. Certains auteurs injectent de façon systématique des antibiotiques (type pénicilline) dans la cavité amniotique.

4 - Lésions au niveau de l'utérus

Les contractions utérines déclenchées par l'injection intra-amniotique, renforcées exceptionnellement par l'action des ocytociques, peuvent parfois provoquer des ruptures utérines. Cela se voit plus fréquemment chez les femmes antérieurement césarisées. Parfois on constate simplement des lacérations au niveau du col.

5 - Deshydratation

Ces deshydratations, parfois graves s'expliquent par le passage intra-vasculaire du sérum salé hypertonique, réalisant ainsi une hypernatrémie brutale.

Le tableau clinique se résume parfois en une impression de soif avec des brûlures de la langue, des vertiges, mais on a pu observer des crises comitiales et parfois même un coma.

C'est pourquoi l'anesthésie générale n'est jamais utilisée de façon à ce que le malade décrive immédiatement tout malaise qui peut apparaître.

6 - La mortalité

Elle reste exceptionnelle, diminue actuellement du fait de l'acquisition d'une plus grande expérience des médecins.

B - Pour la minicésarienne

Comme toute intervention chirurgicale, elle comporte les risques liés à toute opération de ce type. De plus, du fait de la section de l'utérus, elle entraîne des risques pour l'avenir obstétrical des femmes : rupture utérine, endométriose.

C - Les prostaglandines

Elles ne présentent aucun risque de toxicité et n'ont que des effets secondaires bénins : diarrhées et vomissements, parfois une tachycardie, de la fièvre et des vertiges, exceptionnellement on a pu observer un choc.

Cela nous paraît donc une méthode d'avenir, mais les prostaglandines ne sont pas encore commercialisées en France.

III - DESCRIPTION DES DIFFERENTES TECHNIQUES D'INTERRUPTION

DE GROSSESSE AU COURS DU DEUXIEME TRIMESTRE, PRATIQUEES

PAR DES MEDECINS A LYON

Nous avons interviewé six médecins pratiquant à Lyon des avortements tardifs dont un travaille dans le secteur public, les cinq autres en clinique. Cinq médecins confirment que la technique de choix est le sérum salé.

A - Le sérum salé

Chaque médecin utilise une méthode qui lui est personnelle.

- deux d'entre eux réalisent l'intervention au bloc opératoire, les autres au lit du malade.

- la quantité de sérum varie selon l'opérateur, 60 cc pour l'un d'eux, 250 à 300 cc pour les autres. (Ils emploient tous du sérum salé hypertonique à 20 %).
- deux praticiens ajoutent au sérum hypertonique un antibiotique à large spectre, un autre prescrit une couverture antibiotique par voie générale.
- le sérum est injecté soit en perfusion lente, soit directement à la seringue.
- l'adjonction d'ocytocique n'est pas systématique, les positions des différents praticiens semble être partagée selon son intérêt.
- quatre d'entre eux font une révision utérine systématiquement après.

B - La minicésarienne

Les six praticiens l'utilisent, mais cinq d'entre eux lui réservent des indications précises et similaires.

- lorsqu'il existe une contre-indication au sérum,
 - cicatrice abdominale d'intervention antérieure,
 - femme antérieurement césarisée,
 - myomatose utérine,
 - infection gynécologique ou infection extra-gynécologique grave.
- lorsqu'il est associé à l'interruption de grossesse une indication de stérilisation.

Cette méthode reste un procédé d'exception et les médecins hésitent à l'utiliser.

Un praticien, par contre, en fait sa technique préférée et pose cette indication de façon quasi-systématique.

C - Autres méthodes

1 - les prostaglandines : elles ne sont guère utilisées à Lyon, car comme nous l'avons déjà mentionné, elles ne sont pas commercialisées en France.

2 - un médecin n'utilisant pas l'injection intra-amniotique de sérum salé, utilise une méthode qui lui est propre, après trois mois de grossesse, et qui se déroule de la façon suivante :

Dans un premier temps, sous anesthésie générale, il dilate modérément le col pour permettre une amniotomie, l'évacuation du liquide amniotique ; il met en place de gros laminaires.

Puis il injecte de la post-hypophyse en perfusion ou en intra-veineuse répétée toutes les trois heures, de façon à déclencher les contractions utérines et l'expulsion foetale. L'expulsion se produit en moyenne au bout de cinq à six jours (la femme est hospitalisée).

Il pratique enfin une révision utérine de façon systématique. Ce médecin n'utilisant pas le sérum salé, technique qu'il qualifie de répugnante, préfère de beaucoup la pratique de la minicésarienne, qui lui semble être une méthode plus "propre" et plus planifiable.

3 - on peut noter pour terminer, qu'un des praticiens a utilisé, pour huit femmes, l'acupuncture pour induire les contractions utérines. Ensuite, il fait une révision utérine systématique.

Il a eu des résultats positifs dans quatre cas, sans complications.

IV - COMPLICATIONS ET RESULTATS DE CES DIFFERENTES METHODES

Il nous a paru difficile de recenser de façon exacte les complications des différentes méthodes employées à Lyon. Cinq des médecins interviewés travaillent dans le secteur privé et nous n'avons consulté aucun de leurs dossiers.

Le plus souvent, en cas de complications graves, les femmes sont alors adressées dans le secteur public, soit dans les différents services de gynéco-obstétrique, soit dans les services de soins intensifs.

Devant cette rupture de la continuité des soins, il nous a paru difficile de pouvoir proposer des résultats statistiques.

Chaque praticien nous a donné un aperçu des complications qu'il a eues pour les différentes méthodes employées, sans notion de pourcentage de ces complications. Nous ne ferons donc que les énumérer.

A - Pour le sérum salé

1 - Echec de l'induction

Incident assez rare semble-t-il. Les praticiens font alors :

- ou une injection d'ocytociques dans les 24 heures suivant l'amniocentèse,

- ou une nouvelle injection de sérum salé, une quinzaine de jours après,
- ou parfois une hystérectomie si les deux autres procédés ne donnent aucun résultat.

2 - Rétention placentaire

Elle n'est que citée, les praticiens pratiquent en général une révision utérine systématique après l'expulsion foetale.

3 - Complications au niveau de l'utérus

Les ruptures utérines sont rares. Dans un seul cas, l'hystérectomie fut nécessaire.

4 - Infections

Les médecins ont noté : de simples élévations de température sans signes locaux d'infection. Des annexites, endométrites, ils ont mentionné une septicémie grave et une péritonite.

5 - Hemorragies

On nous a cité des hémorragies locales simples ne nécessitant qu'une transfusion sanguine.

Les médecins ont rarement dû faire face à des problèmes plus complexes : embolie pulmonaire et coagulopathie intra-vasculaire disséminée.

6 - Deshydratation

On nous a signalé des incidents bénins se traduisant pour le malade par une soif intense ou des vertiges.

B - La_minicésarienne

Nous ne connaissons que deux incidents graves survenus à Lyon :

- un incident au cours de l'anesthésie générale chez une femme présentant des troubles du rythme, qui a fait un arrêt cardiaque au début de l'intervention.
- une coagulopathie de consommation avec des problèmes d'hémostase locaux.

C - Autres_méthodes

Pour la méthode des lamineaires avec injection d'ocytocique, le praticien nous a indiqué quelques complications et incidents.

- l'intervalle de temps entre la pose du laminaire et l'expulsion foetale peut se prolonger au-delà de six jours (parfois douze jours).
- une élévation de température est assez fréquente.
- les perforations utérines semblent assez fréquentes.

LE RÔLE DU MÉDECIN EXPERT DANS L'AVORTEMENT TARDIF

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, pour qu'un avortement thérapeutique puisse être pratiqué, la femme doit être examinée par un médecin expert auprès de la cour de cassation ou d'une cour d'appel.

Tout médecin expert peut donc remplir ce rôle.

A Lyon, au pavillon N de l'hôpital Edouard Herriot (service de toxicologie et d'urgence médicale), une consultation s'est mise en place. Cinq médecins experts y travaillent à tour de rôle. Cette consultation est la seule existante pour le Rhône, la Loire et l'Ain et parfois même, sa clientèle s'élargit à d'autres départements limitrophes où il ne semble pas qu'une telle structure ait été mise en place.

1 - L'histoire de cette consultation :

Elle est intéressante à rappeler. La consultation fonctionne depuis 1967, époque où la loi 1920 était toujours en vigueur.

De 1967 à 1972, les demandes d'avortements thérapeutiques furent relativement réduites et stables : 277 pour cette

période.

Dans leur ensemble les femmes étaient envoyées par des médecins qui avaient déjà posé l'indication d'avortement thérapeutique.

La signature de trois médecins était alors nécessaire, dont deux médecins experts et un autre praticien. En général le troisième médecin était un gynéco-obstétricien hospitalier. Lorsque l'interruption de grossesse était acceptée, c'était l'obstétricien signataire qui la réalisait. L'interruption de grossesse se faisait ainsi en milieu hospitalier.

Les problèmes institutionnels ne se posaient pratiquement pas car la demande restait réduite.

A cette époque, la lettre de la loi était respectée puisque seules les grossesses dont la poursuite présentait un danger réel pour la mère, étaient susceptibles d'être interrompues.

Peu à peu, les indications s'élargirent au cas où une embryopathie patente (rubéole, toxoplasmose, trisomie 21) pouvait être affirmée, et au cas exceptionnel où des raisons sociales graves étaient prises en compte.

En 1973, cette consultation changea totalement de dimension du fait du développement des mouvements pour la libération de l'avortement et de la contraception. Des "centres parallèles" d'interruption de grossesse étaient organisés par des associations telles que "choisir" à Lyon, fonctionnant dans une semi-clandestinité.

Des contacts personnels existaient entre les médecins de ces associations et les médecins responsables de la consultation du pavillon N.

La prise de conscience de l'opinion publique sur ce problème rendait également possible l'évolution de l'esprit de cette consultation.

Les indications s'élargirent encore. L'avis du gynécologue obstétricien hospitalier ne fut plus systématiquement sollicité, puisqu'aussi bien la loi ne le rendait pas obligatoire : on demande alors l'aide des médecins généralistes qui s'intéressaient à cette question.

Ainsi en l'année 1973, 816 certificats d'avortement furent examinés à la consultation de N ; en 1974 il y eut 1 866 demandes d'avortements thérapeutiques.

La réalisation des interruptions de grossesse était confiée à des médecins travaillant en ville. Beaucoup d'entre eux étaient militants à l'association Choisir de Lyon. Ils pratiquaient l'interruption de grossesse par méthode ambulatoire, dans leur cabinet pour les grossesses récentes, parfois en clinique lorsque l'âge de la grossesse était plus avancé.

Ainsi était pratiquement réalisée une situation de "liberté d'avortement" deux ans avant que la loi ne l'autorise.

Cette situation a permis aux médecins de la consultation de N, ainsi qu'aux praticiens faisant les interruptions de grossesse, d'acquérir une grande expérience des problèmes psychologique et technique.

Parallèlement s'installa un climat de tension, voire d'opposition, entre la consultation du pavillon N et les services de gynéco-obstétriques hospitaliers : En effet, les gynéco-obstétriciens travaillant dans ces services s'opposèrent aux nouvelles indications acceptées par les experts et se refusèrent à toute collaboration avec eux.

La conséquence de ceci fut que les médecins du service public de N prirent l'habitude de travailler avec le

secteur privé.

Après la loi de janvier 1975, la consultation de N prit un nouveau visage :

Cette consultation conserva son rôle d'expertise pour les avortements thérapeutiques et de plus les femmes se rendirent à cette consultation pour les interruptions volontaires de grossesse. En 1975 il y a eu 2 909 consultations pour les interruptions de grossesse, et pour les six premiers mois de 1976 il y a déjà 1 492 consultantes.

Cette consultation accueille :

- les femmes dont la grossesse est inférieure à dix semaines. La consultation médicale remplit alors le rôle de consultation prévue par la loi Veil et la femme est ensuite adressée le plus souvent dans un service hospitalier, ou dans un service privé pratiquant les interruptions volontaires de grossesse.
- les femmes dont la grossesse dépasse dix semaines et il s'agit là des problèmes traités dans ce travail.
- exceptionnellement les femmes présentant un état pathologique concomitant, qui nécessite une interruption thérapeutique de grossesse. Les certificats d'avortements thérapeutiques lui seront alors délivrés et elle sera confiée à un service hospitalier ; l'intervention sera prise en charge par la sécurité sociale.

2 - Organisation de la consultation :

Elle a lieu tous les matins sur rendez-vous. Cinq médecins assurent cette consultation à tour de rôle, aidés par un secrétariat, une infirmière, des externes et des élèves infirmiers.

Les femmes ont un premier entretien avec un externe

qui établit leur dossier et précise les raisons de la demande de l'interruption de grossesse. Puis la femme rencontre l'expert qui prendra la décision d'accepter ou de refuser ; dans certains cas difficiles, il convoque la femme et son compagnon ou ses parents ultérieurement.

3 - L'intervention de l'expert

Comme le précise la loi Veil, l'avortement thérapeutique peut être autorisé si la santé de la mère est en danger. Ce terme de "santé" est certainement volontiers vague ; il implique aussi bien pour les experts des indications d'ordre somatique strict et psychiatrique pur, mais aussi des indications psychosociales dont les limites restent plus floues.

Dans le premier cas, le rôle de l'expert consistera à vérifier la réalité de l'atteinte psychiatrique ou organique (maternelle ou foetale), et du degré de son aggravation possible par la poursuite de la grossesse. Il lui faudra aussi tenir compte de ce qu'il ressentira être le désir de la femme soit déterminé à l'interruption, soit plus hésitant, et éventuellement de celui du conjoint ; il devra la ou les informer sur les risques liés à l'intervention comparés aux risques de la poursuite de la grossesse et de l'accouchement.

Notons qu'en général dans ce cas là, les femmes sont adressées par le médecin traitant qui explique les raisons de l'interruption de grossesse. La décision est le plus souvent relativement simple à prendre. Le certificat étant établi, la femme sera adressée dans un service de gynéco-obstétrique hospitalier qui le plus souvent accepte dans ces indications de réaliser l'intervention. Ces cas, nous le préciserons dans le chapitre suivant représentent environ le quart des demandes.

Ce sont les demandes d'ordre psychosociale qui évidemment, posent le plus de problèmes. Dans ce cas, l'expert

a une lourde responsabilité puisqu'il doit apprécier, dans un temps qui est relativement court et en manquant de données, le désarroi psychosocial dans lequel la femme se trouve du fait de sa grossesse. Le rôle de l'expert consistera à aider la femme à élaborer sa décision par rapport à sa famille, à sa situation sociale, et surtout par rapport à elle-même.

Il est important que l'expert ait une grande habitude de ce type de consultation ; quoiqu'il en soit, sa propre conception et ses propres angoisses interviendront dans la décision finalement arrêtée. Et la femme est parfois vue par deux experts, ou bien les médecins lui demandent de revenir ultérieurement.

Ces cas sont les plus nombreux puisqu'ils regroupent les trois quarts des demandes d'avortements volontaires tardifs. Et une fois la décision d'interruption de grossesse prise, dont on vient d'en souligner la difficulté, c'est la question du devenir de la femme qui se trouve posée. En effet, pour ces indications psychosociales, et de façon quasi-systématique, les services hospitaliers refusent de pratiquer les interruptions de grossesse. La femme sera donc confiée à un médecin pratiquant dans un établissement privé des avortements tardifs. Nous reviendrons sur cette situation d'abandon institutionnel et sur les conséquences lourdes qu'elle peut entraîner.

Nous voulons signaler que ce rôle de l'expert est très important. Au pavillon N cette consultation est faite par des médecins qui depuis dix ans se sont intéressés aux problèmes de l'interruption de grossesse. Ils sont donc habitués à ce type d'expertise alors que la loi Simone Veil prévoit l'intervention d'un médecin expert sans préciser s'il est formé aux problèmes de l'interruption de grossesse.

La solution retenue à Lyon nous semble donc bénéfique pour les femmes.

4 - Le vécu de l'expert

Le rôle central de l'expert dans la prise de décision d'interruption de grossesse, nous a incité à les interroger sur la manière dont ils ressentent les problèmes souvent lourds de cette consultation. Quelques nuances sont d'ailleurs apparues dans leur conception et leur vécu.

Les avortements thérapeutiques relèvent d'une situation difficile et réclament une consultation prolongée et parfois répétée.

Pour les médecins experts, les avortements tardifs thérapeutiques se distinguent des interruptions volontaires de grossesse pour plusieurs raisons :

- selon eux, en effet, les avortements tardifs présentent des risques techniques plus importants et peuvent entraîner des conséquences psychologiques plus graves.
- la demande tardive d'interruption de grossesse peut être liée à des raisons psychologiques - l'ambivalence de la femme devant la grossesse étant plus perceptible dans la demande tardive - à l'environnement social, économique, intellectuel de la femme. En effet, il s'agit de femmes plus jeunes ou/et de conditions sociales modestes, et/ou de milieu culturel plus pauvre.

Il existe aussi des femmes qui sont adressées tardivement à la consultation des médecins experts, à la suite de faux diagnostic ou parce que certains médecins qui sont hostiles à l'avortement n'adressent pas les femmes qui désirent avorter à d'autres praticiens.

Pour les experts les raisons somatiques vraies ou psychologiques pures sont rares.

Les différentes attitudes des experts face à la demande d'avortement tardif se rejoignent sur certains points

et divergent sur d'autres.

Les experts refusent les avortements pour les grossesses dépassant cinq mois et demi - six mois, date à partir de laquelle l'enfant est considéré comme viable.

Tous les experts essayent de donner à la femme une claire conscience de son désir profond, en dehors des pressions parentales ou de celles de son compagnon. Ce désir intime nouvellement éclairé, ils essayent d'aider éventuellement la femme à l'assumer.

Certains experts sont plus libéraux que d'autres, les premiers retiennent surtout le désir de la femme d'avorter, les seconds prennent plutôt en considération l'âge de la grossesse et le profil socio-économique de la consultante.

Nous allons rapporter pour conclure un tableau résumant les décisions des experts quant à l'avortement tardif.

	sur 251 demandes	%
- l'avortement fut accepté	203	80,9 %
- l'avortement fut refusé	10	5 %
- les femmes ne sont pas venues à une deuxième consultation.	38	15,1 %

ASPECTS PSYCHO-SOCIAUX DE LA DEMANDE

Nous avons recensé 251 dossiers, représentant l'ensemble des demandes d'interruptions de grossesse tardives, adressées à la consultation du pavillon N entre juin 1975 et avril 1976. Ce chiffre situe d'emblée l'importance du problème.

Nous avons dressé à partir des dossiers les tableaux statistiques qui permettent de nous faire une idée du profil socio-familial de la femme qui effectue une telle demande.

Ensuite, nous essayerons de comprendre pourquoi la demande s'est faite tardivement et a donc entraîné certaines difficultés.

1 - Situation familiale

Le tableau ci-contre indique la répartition des femmes selon quatre tranches d'âge, choisis de façon un peu arbitraire mais qui permettait la comparaison avec d'autres statistiques en notre possession (INSEE concernant la population Rhône Alpes en 1968 - Thèse de MF BOREL sur les interruptions volontaires de grossesse - La loi Veil ou la

détresse des médecins.)

	R. Alpes	I. V. G.	A. T.
moins de 18 ans	15,5 %	4,3 %	14,8 %
18 à 24 ans	15,2 %	32,3 %	37,9 %
25 à 39 ans	36,8 %	56 %	40,1 %
40 à 45 ans	32,5 %	7,4 %	7,2 %

Donc, la demande d'interruption de grossesse tardive est surtout le fait de femmes jeunes (52,7 % ont moins de 25 ans.) Ce qui contredit quelque peu la demande concernant les interruptions volontaires de grossesse où la proportion est inversée, les femmes âgées étant plus nombreuses.

En ce qui concerne la tranche d'âge la plus jeune, les moins de 18 ans, l'écart des pourcentages est important : 4,8 % pour les I. V. G., 14,8 % pour les avortements tardifs.

Etat matrimonial

	R. A.	I. V. G.	A. T.
Célibataires	23,7 %	38,8 %	43,4 %
Mariées	58,2 %	55 %	44,6 %
Veuves	15,4 %	6,2 %	10,8 %
Divorcées	2,7 %		2 %

En valeur absolue, le pourcentage d'avortements tardifs est plus élevé chez les femmes mariées que chez les femmes célibataires (44,6 % à 43,4 %). Mais en valeur relative ce pourcentage est plus important chez les femmes célibataires (dans la région Rhône Alpes il y a 23,7 % de célibataires et les demandes d'avortements tardifs sont faites par 43,4 % de célibataires).

Cette répartition semble confirmer celle du tableau précédent dans la mesure où l'on peut penser en effet, que les femmes célibataires représentent la tranche d'âge la plus jeune.

Données de la Région Rhône Alpes

	I. V. G.	A. T.
0	34,7 %	46 %
1	16,7 %	18,8 %
2	21,2 %	15,4 %
3	16,8 %	7,6 %
4	10,5 %	13,2 %

La demande d'avortement tardif est, pour la moitié, le fait de femmes jeunes, célibataires et sans enfants.

2 - Le profil social

Habitat : le tableau ci-contre résume le lieu d'habitat des femmes ayant fait une demande d'avortement tardif à N

Nous avons réparti ces lieux en cinq catégories :

:	:	:
: Lyon et agglomération	: 61,2 %	:
: Grandes villes autres que Lyon	: 1,6 %	:
: Villes moyennes	: 12,0 %	:
: Petites villes	: 22,8 %	:
: Milieu rural	: 2,4 %	:
:	:	:
:	:	:

Ce tableau fait apparaitre plusieurs notions :

- les demandes venant des villes moyennes et des petites villes, relativement importantes, s'expliquent par le fait comme nous l'avons déjà souligné, que Lyon est la seule ville pour quatre départements (Ain, Ardèche, Loire et Rhône) où est organisée une consultation d'avortement thérapeutique.

La très faible représentation des zones rurales, qu'il est difficile d'expliquer, sinon par l'hypothèse que les femmes habitant la campagne reculent certainement plus facilement devant les démarches éloignées et nombreuses que nécessite l'avortement thérapeutique.

Il est possible que dans ces régions, la pratique des avortements clandestins n'a pas cessée et que les femmes enceintes se décident plus difficilement à l'interruption de grossesse.

Nationalité

	INSEE	A. T.
Française	99,5 %	80,4 %
Africaine	0,1 %	8,6 %
Autres	0,4 %	11 %

On peut tout de suite noter une très forte proportion d'étrangères : 1/5^{ème} des demandes d'avortement tardif. Ceci s'explique, de notre point de vue, par la mauvaise information de ces populations concernant l'interruption volontaire de grossesse et par les difficultés tant culturelles qu'économiques qu'ont ces femmes à s'adresser au médecin.

Travail de la femme

	INSEE	251 femmes	soit %
Sans travail	61,8 %	62	24,7 %
Etudiant, lycée	6,8 %	33	13,4 %
Cadre supérieur	0,5 %	4	1,51%
Ouvrières	13,9 %	45	17,92%
Secrétaires employées de bureau	7,96%	20	5,8 %
Infirmières	0,42%	3	5,57%
Aides soignantes		11	
Agricultrices	8,13%	4	1,59%
Enseignantes	0,5 %	3	1,19%
Artisans-employées		33	15,4 %
Artisans-patrons		4	1,59%

Travail des hommes

	INSEE	251 femmes	soit %
Etudiant, lycée	17,7 %	28	11,2 %
Cadre supérieur	6,8 %	20	7,96%
Ouvrier qualifié ou non	17,8 %	80	31,8 %
Agriculteur	9,2 %	4	1,59%
Chomage	2,1 %	6	2,39%
Artisans employés		24	9,56%
Artisans patrons		11	4,38%

La demande d'avortement tardif concerne en tout premier lieu, les catégories défavorisées de la population.

Il y a une forte proportion d'étrangères et de femmes issues d'un milieu professionnel modeste par rapport au reste de la population.

3 - Les raisons de la demande d'interruption de grossesse :

Nous avons essayé de comprendre les raisons de la demande tardive d'interruption de grossesse en séparant de façon un peu artificielle il est vrai, deux notions.

- pourquoi la femme souhaite interrompre sa grossesse et
- pourquoi en fait-elle la demande tardivement, période où l'intervention est plus risquée et plus difficile à obtenir.

Le tableau ci-contre résume les raisons trouvées

dans les dossiers d'avortements tardifs que nous avons dépouillés.

	sur 251 cas	
Médicales		
somatique	40	74 cas soit
psychologique	34	22,6 %
Psychosociales		
partenaire	36	112 cas
famille	36	soit
sociale	42	44,8 %
Non précisées	65	

Les raisons médicales strictes ne représentent que 22,6 % des demandes d'avortement tardif.

Dans la période de 1968 à 1972, elles représentaient alors 90 % des demandes (thèse du Docteur C. Givors).

Le changement de la loi et l'ouverture de l'institution médicale aux problèmes de l'interruption de grossesse a donc facilité, et de façon importante, l'expression de la demande d'interruption de grossesse tardive pour des raisons d'ordre psychosocial. Il semble aussi que les femmes ne paraissent pas vivre la demande d'avortement tardif de façon très différente de celle de l'interruption volontaire

de grossesse.

De plus, les raisons invoquées pour l'avortement tardif qui apparaissent dans le tableau n'ont aucun caractère spécifique par rapport aux demandes invoquées pour l'interruption volontaire de grossesse.

Au niveau de la demande, l'avortement tardif ne se différencie donc pas de l'avortement précoce.

Raisons du caractère tardif de la demande :

	sur 251 cas
- grossesse méconnue au début par :	
- négation de la grossesse.....	14
- erreur médicale.....	18
- réticence des médecins.....	42
- événement intercurrent..... (départ du partenaire, maladie apparue, changement de situation)	30
- peur des parents.....	6
- violence conjugale.....	13
- négligence.....	8
- refus d'être enceinte.....	13
	soit 144 cas connus

La lecture de ce tableau appelle quelques commentaires :

1 - Le caractère tardif de la demande n'est connu que pour

144 dossiers sur les 251 étudiés, soit 57,6 % des cas. Le fait nous paraît significatif du mystère qui continue à être fait autour de ce problème et qui est apparu en d'autres occasions.

Ainsi, un gynécologue obstétricien, chef de service lyonnais, nous avait conseillé lorsque nous l'avons interviewé sur ce travail, d'abandonner : "vous ne trouverez pas de dossiers pour faire votre thèse, ces avortements sont illégaux."

2 - L'apparition d'événements intercurrents à la grossesse n'explique que 30 demandes d'interruption tardive, c'est-à-dire 12 % des cas, ce qui confirme ce que nous disions sur la non-spécificité de la demande d'avortement tardif.

3 - La responsabilité des médecins à l'inverse semble l'élément dominant de ce tableau, soit que l'erreur du médecin (18 cas) ait fait perdre du temps à la femme, soit que ces propres réticences l'ait amenée au même résultat (24 cas).

Il faut bien sûr, faire la part des choses et considérer que peut être certaines femmes ont pu majorer consciemment ou inconsciemment la responsabilité du médecin.

Il n'en reste pas moins qu'elle représente plus du tiers des raisons invoquées connues (41,8 %) et le quart de tous les cas que nous avons étudiés.

Cette demande d'interruption de grossesse s'est effectuée :

Age de la grossesse	nombre de demandes en %
11 semaines	19,4 %
12 semaines	21,1 %
13 semaines	13,6 %
14 semaines	12,4 %

Suite du tableau p.35

Age de la grossesse	nombre de demandes en %
15 semaines	7,2 %
16 semaines	5,6 %
17 semaines	5,2 %
18 semaines	4,4 %
19 semaines	4,4 %
20 semaines	1,6 %
21 semaines	1,2 %
22 semaines	1,2 %
23 semaines	0,8 %
24 semaines	0
25 semaines	2 %

Ce tableau nous montre que plus de la moitié des demandes d'avortement tardif est faite avant 13 semaines.

On peut se demander à ce sujet, si les femmes de conditions sociales et psychologiques défavorables sont informées de la possibilité d'avorter plus facilement avant 10 semaines de grossesse, au point de vue légal et au point de vue de la réalisation technique.

4 - Le passé contraceptif des femmes

Il nous a paru intéressant de savoir si les femmes avaient eu, avant leur grossesse, une pratique contraceptive ou si elles avaient subies d'autres interruptions de grossesse.

Fausses couches antérieures :

	I. V. G.	A. T.
0	88,4 %	81,2 %
1	44,9 %	46,6 %
2	6,8 %	6,7 %
Plus de 2	3,9 %	3,3 %
Avortement spontané	44,4 %	34,4 %

Contraception antérieure :

	I. V. G.	A. T.
0	40,8 %	40,5 %
Contraception moderne	34,6 %	42,3 %
Contraception ancienne	32,6 %	17,2 %

L'avortement tardif n'est pas le fait de femmes avortant habituellement et nous retrouvons une proportion d'utilisatrices de contraceptifs comparable à celle retrouvée chez les femmes faisant une demande d'interruption de grossesse précoce.

Notons que la proportion d'utilisatrices de contraceptifs modernes est supérieure à celle connue pour la population totale, puisqu'il n'y aurait que 25 % des femmes qui utiliseraient une méthode contraceptive moderne.

Ceci confirme ce qui est souvent évoqué, à savoir que la contraception ne permet pas d'éliminer totalement le phénomène abortif, même tardif, et l'on peut s'interroger sur l'ambivalence des femmes par rapport à leur grossesse.

LE DEVENIR DES FEMMES

Nous avons vu que l'ensemble des demandes d'avortement tardif est regroupé au pavillon N. Cette situation est particulièrement favorable, puisque les femmes s'adressent alors à des médecins experts qui ont une connaissance réelle du problème de l'interruption de grossesse.

Nous allons voir que malheureusement, les bénéfices d'une telle disposition se trouvent remis en cause au moment de l'exécution proprement dite de l'avortement tardif.

En effet, lorsque l'expert a estimé, avec les difficultés que l'on sait, que la santé de la femme ne lui permettait pas de poursuivre sa grossesse, lorsqu'il lui a remis le certificat nécessaire, il lui reste à trouver le service hospitalier qui acceptera de prendre en charge la réalisation technique de l'avortement.

:	:	:	:
:	203 cas	%	:
:	:	:	:
: Service hospitalier	14	6,6 %	:
: Service privé	175	86,7 %	:
: Nous ne savons où les	:	:	:
: femmes sont adressées	14	6,6 %	:
:	:	:	:

Le tableau ci-dessus illustre cette réalité.

Les femmes seront dans une très grande majorité, envoyées dans le secteur privé où là-aussi, il n'est pas toujours facile de trouver un praticien compétant, acceptant l'intervention.

Il semble que l'argument principal des hospitaliers réside en ce que l'indication d'interruption de grossesse, hors des cas où un trouble organique patent la nécessite*, reste pour eux très discutable. Ils expriment par là un désaccord d'interprétation de la loi avec l'expert, dont ils se demandent "si la position n'est pas abusive".

C'est pourquoi et très rapidement, les médecins de la consultation de N ont renoncé à confier les femmes aux services hospitaliers dont les médecins pensent alors que la demande tardive est rare et qu'il ne s'agit pas d'un véritable problème. Un des chefs de service a pu nous dire quand

* A l'inverse, ces services nous ont déclaré recevoir directement des services de médecine générale, notamment cardiologie, néphrologie et rhumatologie, des demandes d'avortement thérapeutique qui ne semblent pas être passées par la consultation des experts de N.

nous parlions de ce travail qu'il "n'y a pas de quoi en faire une thèse." Pour nous il s'agit d'une réaction défensive de l'institution face à cette demande, particulièrement chargée sur le plan moral et relationnel.

Cette situation nous paraît cependant regrettable pour deux raisons ; elle entraîne une rupture dans la prise en charge des femmes ; elle empêche toute possibilité fiable de connaître les complications organiques et psychologiques des interruption de grossesse tardive.

- pour palier à cette carence de l'institution, les médecins de N ont cherché dans le secteur privé des praticiens avec lesquels ils sont en correspondance et qui acceptent les indications telles qu'elles ont été posées.
- si cette solution permet de régler le problème, c'est au prix d'un nouveau déplacement de la femme. Ce qui entraîne une perte de temps parfois importante quand la femme n'habite pas Lyon et un coût financier plus lourd. Les cliniques où les femmes sont adressées sont agréées par la Sécurité Sociale.

Il s'est établi ainsi un circuit qui fonctionne favorablement entre la consultation de N et ces praticiens, au point que ce sont assez souvent ces derniers, maintenant connus pour leur pratique, qui adressent à N les femmes venues directement les voir, afin d'établir le certificat légal.

Il nous paraît que, dans ces conditions, la femme qui a déjà rencontré le médecin praticien vers lequel elle retournera, vivra ce circuit thérapeutique avec moins d'anxiété.

Malgré les bons rapports qui se sont établis entre les médecins experts et les médecins praticiens, le devenir

physique et psychologique de la femme échappe à la connaissance des experts de N. Ainsi à aucun endroit, le phénomène "avortement tardif" ne peut être appréhendé dans sa globalité.

Le vécu des praticiens

Quatre praticiens travaillent de façon régulière avec la consultation du pavillon N. Ce sont deux gynéco-obstétriciens, un chirurgien, un gynécologue.

Nous les avons rencontrés ainsi qu'un cinquième gynécologue-obstétricien qui a pratiqué des avortements tardifs, mais qui n'en fait plus actuellement.

Notre interview s'est établie sur quatre thèmes principaux :

1 - Ce qu'ils pensent de la demande et du vécu des femmes ayant recours à un avortement tardif.

2 - Remarques à propos des techniques qu'ils utilisent et les complications observées.

3 - Le vécu des praticiens face aux avortements tardifs.

4 - Les problèmes, voir les difficultés rencontrées par le personnel médical travaillant en collaboration avec eux.

1 - La demande et le vécu des femmes face à l'avortement tardif, vus par le praticien :

Tous les praticiens sont d'accord, et ceci confirme nos propres statistiques, pour insister sur le caractère

misérable des femmes qui font cette demande. Cette misère ne paraît pas seulement sociale ; l'un des praticiens souligne qu'il n'a qu'exceptionnellement rencontré "des personnes différenciées" (2 à 3 cas sur deux ans de pratique), un autre les qualifie de façon plus imagée de "bécasses, totoches", un troisième se plaint d'une clientèle "noire et hirsute".

Ces qualificatifs quelque peu péjoratifs sont le reflet, nous semble-t-il, de la gêne ressentie par le praticien face à cette demande.

Ils insistent également sur la jeunesse des femmes, ce que nous avons noté.

A l'inverse la proportion d'avortements tardifs réalisés par rapport aux avortements précoces varie largement selon le praticien, de 2 à 3 % pour l'un d'eux, à 25 % pour d'autres.

Outre les patientes qui leur sont confiées par la consultation de N, ces cinq praticiens reçoivent les demandes venant :

- soit directement de femmes qui connaissent leur adresse par la "vox populi", c'est-à-dire de bouche à oreille ;
- soit par des confrères connaissant leur pratique, ou habitués à faire appel à eux pour des problèmes touchant leur spécialité. Deux praticiens nous ont précisé qu'ils refusaient de s'occuper de femmes adressées par certains confrères qui ne font appel à leurs services qu'exclusivement pour cette demande. Ils finissent par redouter cette réputation par crainte de voir l'ensemble de leur activité absorbée par les avortements.

Les différentes demandes d'avortement tardif sont faites pour des raisons identiques.

Pour les femmes, c'est rarement une méconnaissance

de leur grossesse qui est la cause de leur demande tardive, sauf peut être pour les très jeunes, mais plutôt une prise de conscience tardive de cet état. Un médecin souligne que c'est lorsque l'enfant bouge qu'elles savent être enceintes.

Par ailleurs, les médecins pratiquant les avortements tardifs donnent une part de responsabilité aux généralistes qui diagnostiquent tardivement certaines grossesses et qui ne font pas toujours le nécessaire en cas de demande d'avortement.

Parfois, un élément extérieur induit cette demande tardive, comme les ruptures de couples, les conditions sociales ou familiales qui évoluent.

Parfois c'est une démarche faite sous la pression des parents, du partenaire, les femmes essayent alors de gagner du temps. Le plus souvent dans ce cas, les avortements se passent mal au point de vue technique d'abord et psychologique ensuite.

- Le vécu des femmes :

Souvent les médecins ont souligné que pour la femme la notion de temps n'existe pas au cours de la grossesse. Pour elles, il n'y a pas de différence entre avortement tardif et avortement précoce.

Parfois même, la demande d'avortement n'est qu'un moyen de s'assurer de l'évolution de la grossesse en cours.

Pour les femmes, il y a souvent une analogie entre l'expulsion du fœtus par la méthode du sérum salé et l'accouchement. Mais l'avortement est vécu comme plus douloureux et sans gratification après.

Deux médecins ont proposé à certaines femmes d'abandonner l'enfant à la naissance. Cette proposition fut toujours mal ressentie par la femme et refusée.

Il y a indiscutablement une dissociation entre la grossesse et l'enfant à naître. La femme conçoit la grossesse comme une chose en soi, qui doit se réaliser ou non ; et la réalisation est toujours possessive.

- Les suites :

En général, toutes les femmes sont convoquées un mois après l'avortement, mais les médecins les revoient dans des proportions variables : les trois quarts pour l'un, la moitié pour l'autre, plus rarement pour un autre encore. Tout dépend en fait du nombre d'avortements réalisés par le praticien. Ceux qui en font beaucoup revoient peu les femmes, et les adressent à leur médecin traitant ; ceux qui en font moins les revoient plus facilement.

Tous les médecins attachent une très grande importance à la contraception, "sinon on fait du travail de singe" nous dit l'un d'eux. Un médecin souligne qu'elle est rarement suivie.

Au point de vue psychologique, les praticiens semblent attacher beaucoup d'importance aux conséquences de l'avortement tardif ; or, ils ont tous souligné que ce n'est pas plus traumatisant psychologiquement que les interruptions précoces. En fait, nous souligne un praticien, c'est surtout un problème de confort pour la femme. Le sérum est moins confortable que l'aspiration ou une minicésarienne. Le sérum, en effet, met la femme dans les conditions de l'accouchement, ce qui n'est pas le cas des autres méthodes.

2 -- Remarques à propos des techniques utilisées et des complications observées :

Les différentes techniques et complications ont été décrites précédemment (dans le premier chapitre). Il n'est

donc pas nécessaire de les reprendre ici.

Il faut cependant noter que quatre des médecins que nous avons interrogés sont d'accord pour confirmer que la technique de choix pour l'interruption de grossesse au cours du deuxième trimestre est le sérum salé.

Il est important de noter qu'ils ont appris cette méthode par eux-mêmes, "sur le tas", surtout pour le premier d'entre eux qui introduisit cette intervention dans la région lyonnaise et qui ensuite fit école. Ce qui a permis à l'un des intervenants de nous indiquer en riant : "nous l'avons même appris à nos maîtres".

Cette situation est significative de notre point de vue, du peu d'intérêt que l'institution hospitalière portait à ce sujet.

En général, les complications graves qui surviennent dans le privé sont récupérées par les services publics. Ce passage d'un milieu à un autre, qui produit une rupture dans la prise en charge des femmes est certainement à l'origine d'une méconnaissance des complications réelles qui peuvent survenir tant pour la minicésarienne que pour l'injection intra-amniotique de sérum hypertonique. Outre l'inconvénient de ne pas pouvoir apprendre de façon objective le risque réel de ces types d'intervention, cette rupture contribue à développer un climat de malaise et de fantasme entre les intervenants d'une part, et les hospitaliers de l'autre : les premiers ayant tendance à minimiser les risques, les autres à les amplifier, parfois même de façon passionnelle.

En conclusion, nous avons ressenti à l'écoute des praticiens, une impression de flou concernant les techniques utilisées qui paraissent encore peu codifiées et dont les risques statistiques ne sont pas connaissables. Cette impression tend au halo de mystère qui continue à entourer

l'avortement tardif à Lyon.

On notera que d'autres pays peuvent nous donner un meilleur aperçu de la situation.

3 - Le vécu des praticiens

Il est évident que le vécu des praticiens varie en fonction de chaque personnalité. On peut cependant répartir les praticiens en deux groupes, ceux qui ont une attitude très permissive et qui se considèrent un peu comme les exécuteurs de décisions prises ailleurs ; ceux qui sont plus réticents et qui entendent intervenir dans la décision elle-même.

Deux praticiens n'acceptent pas d'intervenir au-delà de 20 semaines, les deux autres interviennent jusqu'à 25 semaines.

L'un des médecins refuse d'intervenir quand la femme a plus de 20 ans, parce que c'est l'âge d'avoir des enfants ou d'utiliser une méthode contraceptive fiable, et après 35 ans il n'accepte d'intervenir que dans la mesure où il réalisera une stérilisation concomittante : "c'est ça ou rien", ce qui l'a amené à faire le choix de la mini-césarienne.

Quoiqu'il en soit, les avortements tardifs entraînent une gêne pour l'ensemble des intervenants, gêne qui se traduit d'abord par la crainte de voir leur réputation quelque peu compromise, et surtout par une attitude de défense qui s'exprime de trois manières selon le médecin :

- une très forte agressivité vis à vis de la femme : clientèle "peu intéressante, elles hurlent, font un bruit épouvantable, ce sont des gens peu évolués, pas des gens comme nous".

- une négation de la spécialité de la situation, il n'y a pas de différence entre avortement précoce et tardif.
- une culpabilité par laquelle l'avortement est passé sous silence au profit d'un accouchement vécu comme "une fête folklorique".

Le médecin qui tient le discours le moins chargé affectivement est celui qui a arrêté de pratiquer des avortements tardifs.

4 - Les problèmes, voir les difficultés rencontrées par le personnel travaillant avec eux

La confrontation avec la réalité foetale semble être la difficulté essentielle de l'avortement tardif.

L'équipe qui entoure le médecin paraît mal supporter dans tous les cas ce type d'intervention, même pour ceux acquis à la cause des avortements, et reproche aux médecins de ne pas être là lorsque la femme expulse le fœtus après l'injection du sérum salé.

Il faut également signaler que dans ce cas, la femme est consciente et est directement confrontée à cette réalité ; ce qui fait dire à l'un des praticiens "l'oeuf est au premier plan".

A l'inverse, en cas de minicésarienne, l'anesthésie générale évite à la femme cette confrontation, mais le médecin est directement impliqué, bien que les gestes de l'intervention (hémostase...) lui permettent de détourner son attention du fœtus. Les médecins sont soucieux de remettre un fœtus mort à l'équipe afin de lui éviter la morbidité de l'intervention.

Il nous a semblé que l'évocation, par les praticiens, des difficultés de l'équipe sur lesquelles tous ont insistés, était pour une part au moins, le reflet de leur propre vécu.

Relations des praticiens avec les experts de N :

Les médecins vivent l'intervention des experts de manière différente selon leur attitude personnelle vis à vis des avortements tardifs. Les indications sont bien acceptées pour ceux qui ont une position permissive : ils entretiennent alors de bons rapports avec les experts ; elles sont au contraire mises en doute pour ceux qui s'interrogent sur la validité de certaines expertises qui leur paraissent abusives. L'un d'entre eux allant jusqu'à s'imaginer qu'il arrive aux experts de signer en blanc leur certificat.

Conclusion

Il nous faut reconnaître que certains propos tenus par des praticiens nous ont amené à des critiques, parfois sévères, vis à vis de leur technique et de leurs raisons de pratiquer des avortements. Mais nous nous garderons d'émettre un jugement sur leur pratique et leur engagement qui, à nos yeux, a le mérite de répondre à une demande, souvent misérable de femmes. Ces praticiens ont seuls accepté de combler le vide institutionnel.

LE VECU DES FEMMES

Nous avons voulu connaître la façon dont les femmes avaient vécu leur avortement, la rencontre avec l'expert, leur expérience en clinique et leur devenir. A cette fin, nous avons essayé de les contacter, soit directement à N, soit par lettre, soit par téléphone.

- deux des femmes sur les trente que nous avons vues lors de la consultation de l'expert à N, ont bien voulu nous donner de leur nouvelle par lettre, mais comme elles habitaient trop loin, nous n'avons pas repris de contact direct avec elles.
- nous avons écrit une centaine de lettres aux femmes qui habitent Lyon et la proche banlieue.

Nous avons jugé bon de reproduire ici, le type de lettre envoyée :

Madame, mademoiselle,

Je suis médecin et je fais un travail de recherche sur les avortements ; j'aimerais avoir votre opinion sur ce sujet.

Pouvez-vous m'écrire pour me dire quand je pourrais passer chez vous pour en parler.

Merci à l'avance de votre obligeance.

Nous avons reçu deux refus d'interview, six réponses acceptant notre visite et sept lettres nous sont revenues.

- sur cinq personnes contactées par téléphone, quatre femmes ont accepté une nouvelle conversation. Nous avons pu contacter douze femmes en tout.

Nous allons essayer de résumer l'histoire de ces deux femmes :

Cas n° 1

Nous l'avons vue à N lors de la consultation du médecin expert.

Jeune fille de 16 ans 1/2, célibataire, elle vit chez ses parents et prépare un C. E. T. de dactylographie.

Elle n'a jamais avorté auparavant et n'utilisait aucune méthode contraceptive.

Elle était enceinte de 19 semaines et ne le savait que depuis 15 jours. Elle attribuait son aménorrhée à un simple retard de règles et l'augmentation du volume de son ventre à une constipation.

Son ami ne voulant pas reconnaître la paternité et l'ayant abandonnée, elle demande alors un avortement thérapeutique.

Elle fut ensuite adressée en clinique pour la réalisation de l'avortement par sérum salé hypertonique.

L'expulsion du fœtus s'est faite 48 heures après l'injection intra-amniotique, puis le médecin a pratiqué une révision utérine systématique.

La durée d'hospitalisation fut de 5 jours, le coût de 1 200 francs. Elle n'a pas eu de complication par la suite, et, bien qu'ayant eu une prescription de contraceptifs oraux, elle n'en a pas pris.

Nous l'avons revue chez elle, après avoir repris contact par téléphone.

L'avortement fut douloureux, mais cette douleur n'évoquait rien de connu pour elle.

Cet avortement lui a permis de prendre conscience de son corps, d'une certaine réalité ; elle a acquis une certaine maturité.

Elle était déçue par l'attitude de son ami, avec lequel elle était très proche et qui a fuit la situation en niant la paternité.

Cls. N° 2

Le dossier nous a fourni les renseignements suivants sur l'état de la jeune femme :

Elle a 27 ans, elle est célibataire et travaille comme orthophoniste. Son ami est électricien.

Elle n'utilisait aucune contraception et c'était son premier avortement.

Elle est venue à N enceinte de 11 semaines.

Elle envisageait de se marier et de garder l'enfant. Mais elle a été soignée pour une infection urinaire avec du BACTRIM, GANIDAN et NICENE.

Ce traitement et les risques eugéniques qu'il comportait l'ont amenée à faire une demande d'avortement.

Cette demande fut acceptée.

Après l'avoir contactée par téléphone, elle a accepté de nous voir.

Elle est restée très réservée. La seule chose qu'elle a bien voulu dire est qu'elle a été endormie lors de l'inter-

vention et qu'elle ne se souvient par conséquent de rien.

Elle refuse finalement de parler de son avortement.

Obs. N° 3

C'est sur consultation de dossiers que nous avons recueilli ces renseignements :

Il s'agit ici d'une femme de 37 ans, qui est secrétaire et vit en concubinage avec son ami qui est agent commercial. Elle utilisait la pilule depuis 2 ans, qui était bien supportée et l'a arrêtée durant 3 mois sur conseil médical.

Elle n'a jamais avorté auparavant.

Elle est venue à N enceinte de 16 semaines.

Elle demande l'avortement car elle vit avec son ami depuis 13 ans alors qu'il est marié par ailleurs ; elle n'envisageait ni le mariage ni d'avoir des enfants avec lui.

La demande d'avortement fut acceptée par les experts.

Après avoir pris contact, par téléphone, avec elle, nous avons appris qu'elle avait renoncé à l'avortement et avait accouché normalement d'une petite fille.

Nous n'avons pas jugé bon de poursuivre notre rédaction.

Obs. N° 4

Ces renseignements ont été recueillis de l'intéressée elle-même lorsqu'elle est venue à N accompagnée de son mari.

C'est une femme de 43 ans, mariée, sans profession et ayant trois enfants dont le dernier est un handicapé psychomoteur.

Son mari, technicien, est en attente de licenciement.

Elle a des problèmes de contraception, la pilule est contre-indiquée du fait de phlébites, ainsi que le stérilet. Ils utilisaient donc des préservatifs masculins.

Elle avait avorté auparavant par méthode Karman.

Elle est venue à N enceinte de 16 semaines.

Ils demandent l'interruption de grossesse car ils ne veulent plus d'enfants, d'autant plus que le dernier enfant est anormal.

La demande est tardive car deux médecins ont successivement posé le diagnostic de ménopause.

Nous l'avons revue chez elle, après l'avortement.

Son mari et ses enfants ont participé à la discussion.

L'interruption de grossesse s'est faite en clinique par sérum sale, elle a expulsé le fœtus en 36 heures et a eu une révision utérine ensuite ainsi qu'une ligature de trompes.

En post opératoire elle a fait une menace d'embolie pulmonaire. Elle est restée 15 jours en clinique. Elle a payé 6 000 francs et sera remboursée sur la base de 3 000 francs.

L'avortement fut très douloureux, les douleurs étaient semblables à celles d'un accouchement mais plus fortes.

Lors de l'hospitalisation et de la consultation du médecin expert elle a eu l'impression d'être très entourée.

Au cours de la conversation, il nous a semblé que la décision d'interruption de grossesse était venue surtout du mari et des enfants. La femme aurait accepté un nouvel enfant.

Obs. N° 5

Sur le dossier de N nous avons recueilli les renseignements suivants :

C'est une jeune fille de 16 ans, elle vit chez ses parents. Elle prépare un C. A. P. de secrétariat.

Elle n'a jamais avorté auparavant, et elle n'utilisait aucune méthode contraceptive.

Elle est venue à N enceinte de 12 semaines 1/2

Elle demandait une interruption de grossesse car

elle se trouvait trop jeune pour avoir un enfant ; elle avait rompu avec son ami avant de savoir qu'elle était enceinte.

Elle n'a pas osé parler plus tôt de sa grossesse à ses parents, c'est pourquoi la demande fut tardive.

Le certificat d'avortement thérapeutique lui fut remis.

Nous l'avons vue chez elle, quelques mois après l'interruption de grossesse. Sa mère bien que connaissant l'avortement de sa fille nous a demandé "pourquoi interviewer une enfant sur les avortements, qui ne connaît rien de la vie, il faudrait en parler avec les gens de mon âge".

En clinique, elle a avorté par sérum salé, l'expulsion s'est faite en 36 heures, puis elle a eu une révision utérine. L'hospitalisation a duré 5 jours. Ils ont payé 200 francs.

Elle n'a pas eu de complications par la suite, et elle n'utilise pas la pilule qui lui fut présentée à sa sortie de clinique.

Elle s'est sentie très seule à la clinique, elle était dans une chambre individuelle, elle a expulsé le fœtus seule et personne ne lui a parlé.

Ses parents n'évoquent pas l'avortement avec elle.

Les réponses à nos questions furent "oui ou non" et bien qu'elle nous ait dit "il faudrait parler de tout cela", elle reste silencieuse.

Pour elle, tout est resté pareil, rien n'a changé, pas même elle.

Obs. N° 6

Nous avons pu recueillir les renseignements suivants sur l'observation de N.

C'est une jeune femme de 19 ans, d'origine italienne. Elle est en instance de divorce et a 1 enfant. Elle était

vendeuse, mais ne travaille plus.

Elle n'a jamais avorté auparavant et n'utilisait pas de contraception.

Elle est venue à N enceinte de 15 semaines.

Cette nouvelle grossesse n'était pas envisageable du fait de sa situation sociale et financière. Elle n'a pris conscience que tardivement qu'elle était enceinte, elle a un cycle menstruel irrégulier.

Nous l'avons vue chez elle après l'avortement.

A la clinique elle a avorté par sérum salé, l'expulsion s'est faite en 24 heures, puis elle a eu une révision utérine.

"L'avortement est comme un accouchement, les mêmes contractions, les mêmes douleurs, mais après il n'y a plus rien".

Elle avait eu une appréhension pour cet avortement car les "médecins ne lui ont pas expliqué comment il allait se dérouler".

Elle n'a pas eu de complications après l'avortement et elle est restée 6 jours en clinique. Bien qu'ayant une prescription de contraceptifs oraux, elle n'en prend pas.

Elle possède un petit appartement, mais elle préfère vivre chez ses parents qui habitent à côté de chez elle. Elle dépend financièrement de ses parents.

Elle nous a paru très seule et immature.

OOS. N 7

Sur le dossier de N nous avons recueilli les renseignements suivants :

C'est une jeune fille de 20 ans, célibataire vivant en concubinage. Sans travail, elle est à la recherche d'un emploi.

Son ami est peintre (O. S.).

Pendant 1 mois elle avait essayé de prendre la pilule mais elle l'a arrêtée car elle maigrissait

Elle est venue à N enceinte de 12 semaines. Les médecins ont diagnostiqué une désocialisation et une tendance psychotique et ils craignaient une décompensation à l'occasion de cette grossesse. Le certificat d'avortement thérapeutique lui fut délivré.

Lorsque nous l'avons vue, enceinte de 5 mois, elle n'avait pu avorter car elle n'avait pas d'argent pour entrer en clinique. Elle était suivie pour sa grossesse à l'HOTEL-DIEU et par une assistante sociale.

Elle était inquiète de ne pas prendre de poids, de ne pas sentir bouger l'enfant. Elle pensait abandonner l'enfant à la naissance.

Elle nous a dit être "envahie par des boutons, un eczéma, des pustules sur le ventre. Des bêtes blanches venaient des parties poilues de son corps, recouvraient ses yeux et l'empêchaient de voir". "Tout n'est qu'invasion".

Bien que nous lui l'ayons proposé, elle n'a pas accepté d'être examinée.

Lorsque nous l'avons quittée, elle nous a dit : "Je vous ai tout donné, faites attention à vous !"

Nous lui avons conseillé de retourner à N. Nous avons essayé de la revoir, elle était toujours absente. Nous avons appris qu'elle a accouché et déménagé sans laisser d'adresse.

Obs. N° 8

Sur l'observation de N nous avons recueilli les renseignements suivants :

Jeune femme de 25 ans, célibataire, elle est vendeuse. Son ami est agriculteur. Elle n'a jamais avorté auparavant et n'utilisait aucune contraception moderne.

Elle est venue à N enceinte de 12 semaines. Son ami l'a quitté lorsqu'il a appris qu'elle était enceinte.

Elle n'a pas trouvé rapidement un médecin qui l'aiderait à avorter. Le certificat d'avortement thérapeutique fut signé.

Lorsque nous l'avons revue, elle avait avorté en clinique, par sérum salé, expulsion en 36 heures, révision utérine ensuite.

Elle n'a eu aucune complication, elle est restée 5 jours en clinique, coût 1 200 francs. Elle n'utilise pas la pilule qui lui fut prescrite à la sortie de la clinique.

L'avortement fut douloureux, sans évoquer de douleurs connues. Après une phase de "dépression", elle va bien actuellement et considère son avortement comme une initiation à la vie.

Obs. N° 9

C'est sur le dossier de N que nous avons pris les renseignements ci-dessous :

C'est une femme de 31 ans, mariée, elle a un enfant. Elle est secrétaire et son mari garagiste.

Elle désirait un deuxième enfant et n'utilisait pas de contraception. Elle est venue à N enceinte de 16 semaines.

Au cours d'un dépistage systématique de rubéole, elle a eu un taux d'anticorps élevé, c'est pourquoi elle est venue demander une interruption de grossesse. Le certificat d'avortement thérapeutique lui fut délivré.

Lorsque nous l'avons vue, elle nous a tout d'abord relaté les difficultés qu'elle avait rencontrées. En effet, aucun des médecins consultés n'a voulu lui préciser les risques d'anormalité pour l'enfant à naître et les médecins n'ont pas voulu l'aider dans sa décision d'avorter.

Seul le pédiatre de sa fille lui a conseillé d'interrompre cette grossesse. Ensuite elle chercha un médecin qui voulut bien pratiquer cette intervention ; ce qui explique la demande tardive.

Elle a avorté en clinique par laminaire et perfusion d'ocytocique. L'intervalle de temps entre la pose du laminaire et l'expulsion du fœtus fut de six jours. Elle a présenté de la température au cours de son hospitalisation qui fut soignée par antibiothérapie. La durée d'hospitalisation fut de 8 jours et le coût de 2 500 francs.

"L'avortement est douloureux, les douleurs sont analogues à celle d'un accouchement, mais plus fortes".

Ayant pris 10 kilos au cours de sa grossesse, le médecin lui a prescrit à sa sortie de clinique des anorexigènes et des diurétiques qu'elle ne prend pas.

Elle nous a paru culpabilisée par son avortement ; elle était contre l'avortement et "le bon Dieu l'a punie".

Elle reproche aux médecins de ne pas l'avoir aidée dans sa décision, ils ne lui ont pas précisé les possibilités d'embryopathie pour son enfant et ne l'ont pas aidé à avorter.

Elle ne sait pas si elle aura un deuxième enfant. Elle nous a paru dépressive.

Obs. N° 10

Les renseignements suivants ont été recueillis sur le dossier de N.

C'est une femme de 32 ans, vivant en concubinage depuis 9 ans. Elle est chef du personnel dans une petite entreprise ; son ami est le directeur de l'entreprise.

Tous deux ont un enfant d'un mariage antérieur, mais n'ont pas eu d'enfants ensemble.

Elle a déjà eu 4 avortements depuis qu'elle vit avec son ami, bien qu'elle utilise la pilule depuis 7 ans sans notion d'oubli.

Elle venue à N enceinte de 14 semaines. La demande d'avortement venait surtout de son ami, c'est pourquoi les médecins experts lui ont demandé de revenir avec lui 8 jours plus tard.

Devant le chantage de l'ami le certificat fut signé "à contre coeur" par les médecins.

Elle a avorté en clinique par sérum salé, expulsion du fœtus en 24 heures, puis révision utérine. Elle est restée 5 jours en clinique, coût 1 500 francs. Elle n'a pas eu de complications.

Lorsque nous l'avons vue, elle nous a tout d'abord dit "être contre l'avortement" bien qu'elle ait avorté cinq fois. Elle était allée à N pour "voir et prouver à son ami qu'il était impossible d'avorter" c'est pourquoi d'ailleurs elle n'est venue à N qu'enceinte de 14 semaines.

En clinique, elle a peu vu le médecin. Au moment de l'injection intra-amniotique de sérum, elle a refusé la piqure abdominale. Le médecin lui a proposé alors de manquer son geste. Mais elle était en clinique pour avorter, et finalement, elle a accepté la décision d'interrompre sa grossesse.

Les douleurs de l'expulsion du fœtus sont les mêmes que celles de l'accouchement, "mais pour rien".

Elle regrette d'avoir avorté, elle s'était sentie heureuse et fragilisée par cette grossesse. Elle "se sent toujours enceinte, elle dort sur le côté, elle porte les mains à son ventre comme si l'enfant était toujours là".

Elle ne se sentait pas capable d'assumer seule le chantage de son ami, le choix entre l'enfant à naître et son couple. "Aucun médecin, expert ou gynécologue ne l'ont aidée à assumer sa grossesse".

L'avortement fut le révélateur de la dissociation du couple. Elle espère une nouvelle grossesse qu'elle menera jusqu'au bout. Son ami est revenu à la consultation de N, pour demander une vasectomie sans lui en avoir parlé.

Obs. N° 11

Nous avons vu cette femme à N lors de la consultation du médecin expert.

Elle a 26 ans, elle est divorcée et purgeait une peine minime de prison ; elle vit en concubinage dans la vie civile. Elle a deux enfants et ne travaillait pas.

Elle utilise la pilule, mais l'a oubliée pendant trois jours. Elle est venue consulter à N enceinte de 13 semaines. Elle ne peut pas garder l'enfant, car son ami désirait l'avortement.

Elle s'est trouvé enceinte lors d'une permission et elle n'est venue à N qu'à sa sortie définitive de prison.

Le certificat d'avortement thérapeutique lui fut remis. Nous ne l'avons pas revue mais elle nous a envoyé une lettre que nous allons résumer.

Elle n'a pas trouvé de médecin en France qui a accepté de l'avorter. Elle est donc allée à Genève où on lui a pratiqué un curetage suivi d'une stérilisation. Elle est restée hospitalisée deux jours.

Obs. N° 12

Nous avons également vu cette femme à N lors de la consultation du médecin expert.

C'est une jeune femme de 28 ans, célibataire, employée d'école ; son ami est routier.

Elle est venue consulter à N enceinte de 16 semaines.

Elle ne désire pas d'enfants, car elle dit qu'il existe une débilité familiale. Cette femme nous a paru au premier abord simple d'esprit, bien que par la suite sa démarche ait démenti notre première appréciation.

Elle avait subi au premier mois de cette grossesse

un curetage sous anesthésie générale par un médecin, puis elle a pris la pilule. Elle n'a jamais eu de règles depuis ce premier avortement.

Devant ce déterminisme à ne pas avoir d'enfant et les conditions financières de cette femme, le médecin de N l'a adressée à un service de gynécologie-obstétrique hospitalier pour confirmer l'âge de la grossesse et pratiquer éventuellement l'avortement thérapeutique.

Le service de gynécologie répondit que la femme était enceinte de 26 à 28 semaines et que l'avortement était donc impossible.

Quinze jours après nous recevions une lettre de cette femme dont nous allons résumer le contenu.

Lors de la consultation au service de gynécologie, après une échographie, les médecins lui ont dit qu'elle était enceinte de 5 mois et ils lui ont refusé d'interrompre sa grossesse.

Rentrée chez elle, elle a fait une tentative de suicide au Seresta. Hospitalisée alors, le médecin lui a dit que l'enfant à naître serait probablement anormal et il n'a pas voulu l'avorter.

Elle a donc décidé d'aller en Angleterre où elle a avorté par sérum salé. Elle n'a rien senti. Elle est restée 3 jours en Angleterre. Elle a payé 5 000 francs.

Malgré le peu de femmes qui ont accepté de nous voir après leur interruption de grossesse, nous avons un échantillonnage de personnes socialement et culturellement différentes, pour qui l'avortement fut vécu de façon diverse.

Nous allons reprendre les mêmes tableaux qu'au chapitre précédent.

Situation familiale :

		12 femmes
- Age	moins de 18 ans	2
	18 à 24 ans	1
	24 à 39 ans	8
	plus de 40 ans	1
- Etat matrimonial	célibataire	8
	mariée	2
	divorcée	2
Elle vit	seule	3
	chez ses parents	3
	avec son partenaire	6
- Parité des femmes	0 enfant	7
	1 enfant	3
	2 enfants	1
	3 enfants	1

Une femme sur 12 est d'origine italienne.

Situation sociale :

- Travail des femmes	lycée	2
	sans profession	2
	sans travail	2
	vendeuse	1
	secrétaire	2
	employée d'école	1
	orthophoniste	1
	cadre supérieure	1

- profession du partenaire

lycée	1
O. S.	1
artisan	2
routier	1
agent commercial	1
technicien	1
cadre supérieur	1

Raisons de la demande d'avortement :

- Passé contraceptif des femmes :

7 femmes n'utilisaient aucune méthode contraceptive,
1 femme utilisait des préservatifs masculins,
4 femmes ont utilisé ou utilisent la pilule contraceptive, mais :

- l'une l'a arrêtée au bout de 2 ans pour 3 mois sur conseil médical bien qu'elle la supportait bien ;
- une autre l'a arrêtée au bout d'un mois car elle la supportait mal ;
- une troisième l'a oubliée pendant 3 jours ;
- la quatrième dit ne pas l'avoir oubliée.

- Fausses couches antérieures :

1 femme a avorté auparavant par méthode Karman ;
1 femme a déjà avorté 4 fois.

- Raisons de la demande d'avortement :

médicales

psychologique grave	1
embryopathie (rubéole)	1
prise de médicaments	1

ne veut pas ou plus d'enfants 3

désir du partenaire	4
se trouve trop jeune	1
raisons sociales ou financières	1

- Raisons de la demande tardive :

négarion de la grossesse	
elle-même	2
erreur médicale	1
réticence du médecin	3
un événement est apparu	3
peur des parents	2
gagner du temps (ambivalence)	1
tentative d'avortement	1
sans raison	1

- La demande s'est effectuée à :

11 semaines de grossesse	1
12 semaines	2
12 semaines 1/2	1
13 semaines	1
14 semaines	1
15 semaines	1
16 semaines	3
19 semaines	1
au-delà de 25 semaines	1

Devenir de ces femmes :

- Pour onze femmes sur les douze interviewées, la demande d'avortement thérapeutique fut acceptée. La douzième qui avait une grossesse trop évoluée (26 semaines) est allée avorter à l'étranger.
- Deux femmes ont accouché ; la première décida de garder son enfant ; la deuxième ne fut pas admise en clinique car elle

n'avait pas d'argent (celle pour qui la grossesse présentait des risques graves de décompensation psychologique) et qui comme nous l'avons vu, a développé ce processus pathogène.

- Une femme a avorté à l'étranger, les huit autres en clinique.

Les méthodes d'interruption de grossesse et leurs conséquences :

- 10 femmes ont avorté,
- Le sérum salé fut la méthode utilisée pour 7 femmes. L'intervalle de temps entre l'injection intra-amniotique et l'expulsion du fœtus varia entre 24 et 48 heures. Elles ont toutes eu une révision utérine après.
L'hospitalisation fut de 5 à 6 jours. Une femme a présenté une menace d'embolie pulmonaire et est restée 15 jours en clinique.
- Curetage : 2 femmes ont avorté par curetage.
- Une femme a avorté par laminaire et perfusion d'ocytocique.
L'intervalle de temps entre la pose du laminaire et l'expulsion du fœtus fut de 6 jours.
Elle a présenté de la température au cours de son hospitalisation. Révision utérine après l'expulsion du fœtus.
Elle est restée 8 jours en clinique.
- Les femmes ayant eu une prescription de contraceptifs oraux ne l'utilisent pas.
- Deux femmes ont après leur avortement, eu une ligature de trompes.
- Après leur avortement, deux femmes ont éprouvé des problèmes psychologiques. Toutes deux désiraient un enfant, la première a avorté parce qu'il y avait des risques d'embryopathie l'autre a cédé au chantage de son ami.

- le coût de l'avortement se situe entre 1 200 francs et 8 000 francs avec une moyenne de 2 650 francs.

Le vécu de l'avortement

- Parmi les femmes qui ont avorté par laminaire ou par sérum salé, une seule femme n'a pas senti de douleur ; pour les autres l'avortement fut douloureux.
- Pour trois femmes, ces douleurs évoquaient celles de l'accouchement, ce sont toutes des femmes qui ont eu des enfants. Deux femmes nous ont ajouté "c'est comme un accouchement mais sans rien après".
- Le sentiment de solitude fut important pour au moins six femmes, soit dans leur décision d'avorter soit en clinique soit après.
Et pour une femme, ce fut la négation de son acte : "J'ai été endormie et je ne me souviens de rien".

Au-delà du discours médical, nous voulons ici livrer nos sentiments, tels qu'ils nous sont apparus lors de nos conversations avec les femmes avortées.

Nous avons ressenti leur condition comme l'expression d'une misère humaine. Du propre dire de ces femmes, leur sentiment dominant fut celui de la solitude. Il nous a semblé que ces femmes n'étaient jamais vraiment déterminées dans leur décision d'avorter, et encore moins de passer à l'acte. Il est donc facile de comprendre pourquoi la consultation du médecin expert était pour elles, le lieu privilégié d'une rencontre et d'une communication. Dans leur désir d'expliquer le désir réel de la femme, les médecins experts essayaient d'élucider une fatalité, qui est la grossesse, parfois niée purement et simplement.

S'il y a demande d'avortement, cette demande est rarement affirmée comme telle et si l'avortement a lieu, il

n'est pas un épanouissement. D'où peut s'expliquer la gêne du corps médical vis à vis des femmes qui désirent avorter par le fait que l'acte médical est habituellement un acte d'aide positif alors que l'avortement se présente comme un acte négatif. L'avortement ne peut être qu'un échec dans la mesure où ce n'est pas pour celle qui en est l'objet, un acte bénéfique et valorisateur, autrement dit, c'est un acte de refus sans compensation d'autant plus difficile alors à vivre et à formuler, en définitif un acte d'impuissance et de résignation.

Le médecin apporte donc une caution à la demande d'avortement de la femme, mais il l'apporte "en désespoir de cause", désespoir à la mesure de celui de la femme.

Ces considérations quant à la condition des femmes avortées ne doivent pas faire ignorer le problème des avortements thérapeutiques. Ce problème repose sur une ambiguïté objective qui est celle de l'institution médicale. Cette institution représente une certaine autorité, une certaine morale et en définitif, un certain pouvoir de décision.

La femme qui ressent le besoin ou le désir d'avorter doit donc se faire reconnaître par cette institution ; or, il nous semble que dans ce cas, à l'inverse, le rôle de l'institution doit être de reconnaître et d'aider la femme, indépendamment de son autorité morale.

POSITION DE L'INSTITUTION MEDICALE

La loi Veil considère deux situations pour l'interruption de grossesse. Lorsque la grossesse est précoce, l'avortement est pratiquement libre, lorsqu'elle est avancée, elle ne peut être réalisée que pour des motifs thérapeutiques.

Cette distinction légale est à l'origine d'une prise en charge institutionnelle différente pour l'une et l'autre de ces deux situations.

A Lyon et sa région, nous savons que les services hospitaliers de gynécologie-obstétrique ont limité la réalisation du nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) sans tenir compte de la demande réelle. Ce qui a amené l'opinion publique à réclamer l'ouverture de centres spécialisés pouvant répondre à l'ensemble des demandes.

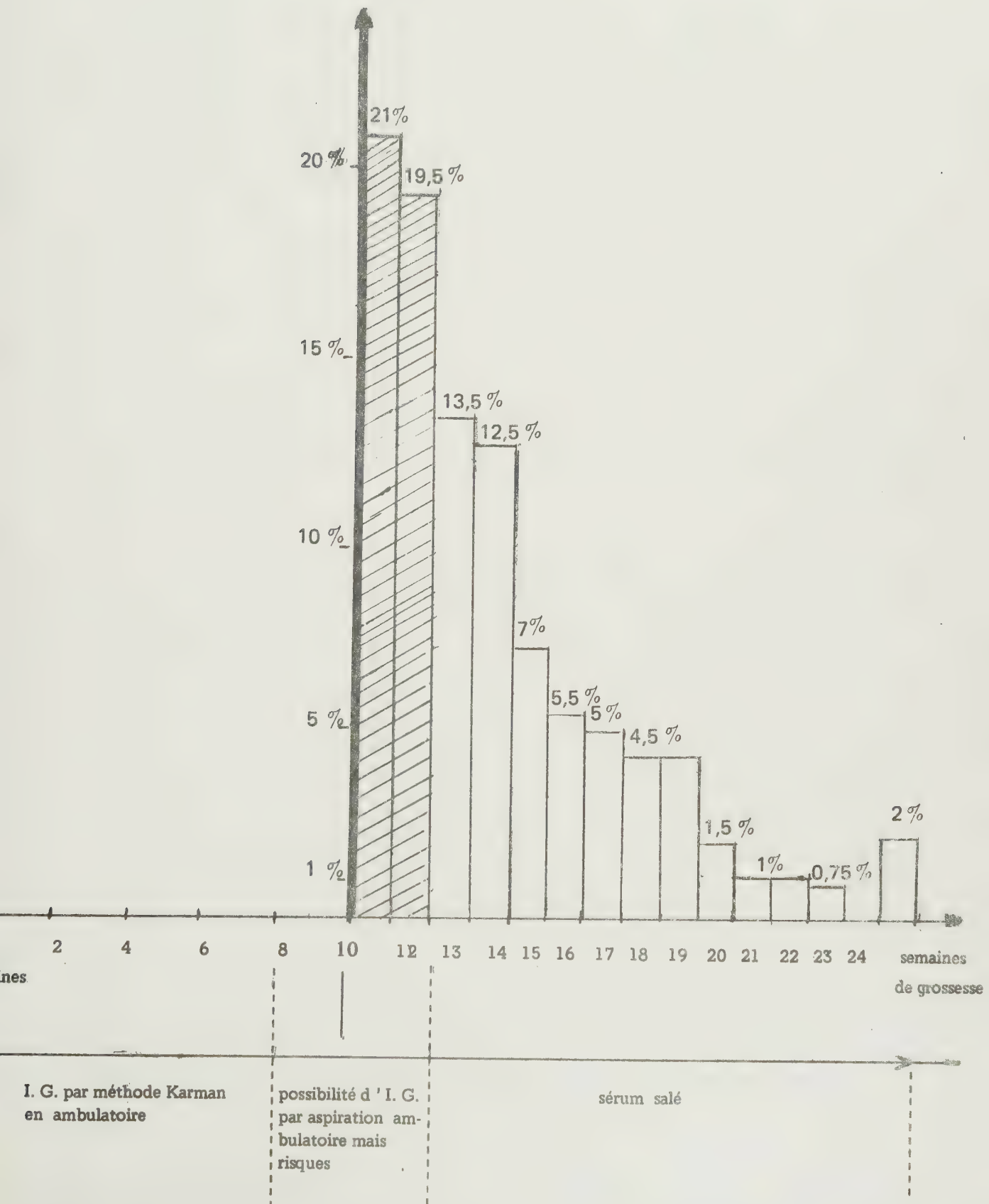
Du fait de la position des gynécologues-obstétriciens hospitaliers, ces centres spécialisés dans les interruptions volontaires de grossesse fonctionnent de façon autonome et ne peuvent réaliser que des interventions ambulatoires, sans hospitalisation ni anesthésie générale, du fait de leur équipement modeste et du petit nombre de médecins qui y travaillent.

La plupart des femmes amenées à faire une demande d'I. V. G. s'adressent directement à ces centres. Le personnel de ces services est quotidiennement confronté à ce que l'on peut appeler des cas limites dont l'âge de la grossesse est cliniquement supérieur à 10 semaines. Si les médecins ne les prennent pas eux-mêmes en charge, les femmes seront envoyées à la consultation des experts puis elles devront faire face aux difficultés que nous avons décrites pour avorter. Ainsi, dans ces centres, s'est développée une pression qui aboutit à élargir les indications d'I. V. G., ce qui entraîne parfois les médecins à prendre des risques techniques.

Nous voulons insister sur le fait que la limite de 10 semaines n'est pas considérée comme une bonne limite par les praticiens qui réalisent les I. V. G. par la méthode karman.

Nous avons reproduit deux graphiques : le premier montre la courbe en pourcentage des demandes d'avortement tardif en fonction de l'âge de la grossesse, le deuxième rappelle les différentes techniques utilisées en fonction de l'âge de la grossesse.

% de demandes



Nous sommes amenés à formuler quelques remarques :

- la moitié des demandes tardives se situe en deçà de la treizième semaine, à une période où il est encore possible de réaliser des aspirations ou des curetages, mais dans un environnement qui devrait être, d'après nous, de techniques lourdes, c'est-à-dire anesthésie générale, bloc opératoire et possibilité d'hospitalisation de courte durée.

Cette remarque reste valable pour les grossesses de 8 à 10 semaines d'âge qui sont comprises dans le cadre des I. V. G. et qui sont souvent réalisées de manière ambulatoire ce qui peut être dangereux parfois.

- jusqu'à 10 semaines et dans le cadre de l'I. V. G., la femme sera prise en charge de manière continue, de l'accueil aux visites de contrôle par une équipe formée à l'ensemble des problèmes médicaux et psychologiques qui peuvent se poser à la femme.

A cette prise en charge totale par l'institution répond en cas de grossesse tardive, l'absence de la continuité des soins par cette même institution, alors même que sont concernées les femmes les plus défavorisées économiquement, socialement et culturellement.

Il est important de rappeler que le centre GENSOUL de l'hôtel Dieu, a été placé sous la direction d'un des médecins experts qui travaille au pavillon N. On trouve dans l'équipe des médecins vacataires qui pratiquent les interruptions de grossesse, deux gynécologues-obstétriciens formés aux techniques d'avortement tardif et qui sont à l'origine de leur diffusion à Lyon.

Il y a donc là réunit, toutes les conditions humaines pour que l'hôpital remplisse la mission de service public qui est la sienne, concernant ce douloureux problème, or cela

n'est pas toujours réalisé. Pourtant peu de choses, de notre point de vue, serait nécessaire. Il suffirait de mettre à la disposition de l'équipe du centre GENSOUL quelques lits d'hospitalisations pour réaliser 300 avortements tardifs par an, ce qui correspond à peu près à la demande ; avec une moyenne de 5 JOURS d'hospitalisation, il suffirait de disposer de 5 lits, en admettant que tous les avortements tardifs soient réalisés à l'hôpital et d'un bloc opératoire qui ne serait utilisé que quelques heures par semaine.

Cette solution aurait deux avantages essentiels :

- 1 - Certaines I. V. G. à problèmes, d'ordre somatique ou psychologique pourraient être réalisées sous anesthésie générale ainsi que certaines I. V. G. supérieures à huit semaines de grossesse.
- 2 - Il existerait pour les avortements tardifs une continuité dans la prise en charge qui éviterait le sentiment de solitude, d'abandon de la femme que nous avons maintes fois relevés et cela permettrait une connaissance plus scientifique du phénomène "Avortement tardif" tant sur le plan organique que sur le plan vécu de la femme.

Nous voulons préciser pour terminer que cette situation est actuellement réalisée à l'hôpital d'Annecy où les médecins du centre d'I. V. G. qui fonctionne à l'hôpital ont accès au bloc opératoire et aux lits du service de gynécologie lorsque l'intervention leur paraît nécessiter une technique plus lourde.

CONCLUSION

Notre travail a consisté en un essai de compréhension du vécu de l'avortement tardif, et de la réponse apportée par l'institution hospitalière.

La loi du 17 JANVIER 1975, dite loi Simone Veil, relative aux interruptions de grossesse, distingue en effet, deux situations :

- les grossesses récentes, moins de 10 semaines de grossesse, peuvent être interrompues par des médecins, sur proposition de la femme et qui sont prises en charge, la plupart du temps, dans des centres hospitaliers créés à cet effet.
- au-delà de 10 semaines de grossesse, l'avortement n'est possible que si des raisons médicales sérieuses le rendent nécessaire ; raisons qui doivent être reconnues par deux médecins, l'un expert auprès des tribunaux, l'autre exerçant son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou privé habilité à cet effet.

C'est dans cette optique que fonctionne, à LYON, une consultation spécialisée, au Pavillon N (Service de Toxicologie Clinique et de Médecine Légale), qui reçoit ainsi l'ensemble des demandes de la région.

Ces médecins experts sont formés, depuis longtemps aux problèmes techniques et psychologiques de l'interruption de grossesse. Ils ont reçu de JUIN 74 à AVRIL 1975, 251 femmes dont nous avons recensé les dossiers.

Il en ressort essentiellement que les raisons de la demande tardive d'avortement sont peu différentes de la demande précoce. Mais que, par contre, elles sont le fait de femmes plus jeunes et plus défavorisées sur le plan social et culturel.

Une fois qu'on leur aura délivré le certificat autorisant l'intervention, la difficulté est alors de trouver un service acceptant de la réaliser ; les femmes devront avoir recours la plupart du temps au secteur privé.

Ainsi s'organise un vide institutionnel qui renforce, certainement, la solitude des femmes, et qui continue à toujours méconnaître les problèmes de l'avortement thérapeutique.

Les médecins que nous avons rencontré, qui pratiquent les interruptions de grossesse, ont insisté sur les difficultés de l'équipe face à cette demande.

Nous n'avons rencontré que peu de femmes après leur intervention (12 femmes sur 100 contactées) : ceci confirme leur désir d'oubli et leur malaise devant cette expérience certainement douloureuse.

Un avortement tardif est plus lourd à vivre que l'avortement précoce, et concerne les femmes plus pauvres.

C'est pourquoi il est important que l'institution hospitalière se donne les structures qui lui permettront une prise en charge globale - jusqu'à et après la réalisation de l'intervention - de ce problème complexe.

Le Président de la Thèse :
(nom et signature)
PL L. ROCHE

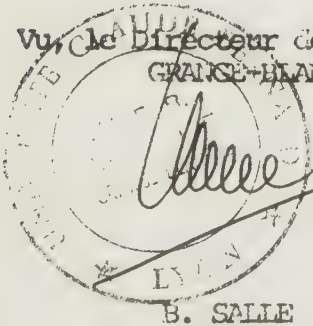
Pl L. Roche

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LYON, le

7 - DEC. 1976

Vu, le Directeur de l'U.E.R.
GRANDE-BLANCHE,



B. SALLE

Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,



D. GERMAIN

BIBLIOGRAPHIE

- BEILER F.K., ROSENBERG M., KOHLER M. et DOUGLAS G.W. - Consumptive coagulopathy associated with intra-amniotic infusion of hypertonic salt. - Am.J. Obstet. Gynec. 112 : 534, 1972.
- BERNARDY J. : "Le médecin devant le problème de l'avortement provoqué. Règles déontologiques". Thèse MONTPELLIER, 1954.
- BOREL MF. : "La loi Veil ou la détresse des médecins". Thèse LYON 1976.
- BREWER L.L., JOHNSON W.L. & HUNTER C.A. - Effects of intra-amniotic injection of hypertonic saline on uterine activity, blood and amniotic fluid volumes, and electrolyte concentrations - Amer. J. Obstet. Gynec. 101 : 1078, 1968.
- DARGENT D. : "Les risques immédiats de l'avortement tardif".
- DURAND C. et PASINI Willy : "Considérations médico-psychologiques sur l'interruption légale de la grossesse.
- GIVORS C. : A propos de 140 demandes d'avortement thérapeutique à Lyon de 1968 à 1972. Essai d'approche socio-psychologique. Thèse LYON 1973.
- JACQUOT D. : "La césarienne abdominale". Thèse LYON 1968.
- MARITAN-BERGIER M. : "Contribution à la compréhension socio-psychologique de l'avortement volontaire". Thèse LYON 1971.

NEWTON J. - A review of methods for second trimester termination of pregnancy experience at King's College Hospital in relation to method of termination and contraceptive follow up. - Avortement et parturition provoqués (Société Nationale pour l'étude de la Stérilité et de la Fécondité). - Masson Editeur - PARIS 1974.

VITANI C. : Réflexions à propos des échecs de la contraception.
C. M. L. 1974

DE WATTEVILLE H. - Les interruptions de grossesse du deuxième trimestre à la maternité de Genève. Avortement et Parturition provoqués (Société Nationale pour l'étude de la Stérilité et de la Fécondité). Masson Editeur, PARIS 1974.

TABLE DES MATIERES

	Pages
I - INTRODUCTION - RAPPEL DE LA LOI DU 17 JANVIER 1975 RELATIVE A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE	1
II - TECHNIQUES	5
1 - Description des différentes techniques de l'Interruption de Grossesse au cours du 2ème trimestre dans la littérature	5
2 - Résultats et complications de ces différentes méthodes dans la littérature	9
3 - Description des différentes techniques de l'Interruption de Grossesse au cours du 2ème trimestre pratiquées par les médecins à Lyon	13
4 - Complications et résultats de ces différentes méthodes	16
III - LE ROLE DU MEDECIN EXPERT DANS L'AVORTEMENT TARDIF	19
1 - Rappel historique	19
2 - Organisation de la consultation	22
3 - Intervention de l'expert	23
4 - Le vécu de l'expert	25
IV - ASPECTS PSYCHO-SOCIAUX DE LA DEMANDE	27
1 - Situation familiale	27
2 - Profil social	29
3 - Les raisons de la demande d'Interruption de Grossesse	32

	Pages
V - LE DEVENIR DES FEMMES	39
Le vécu des praticiens	42
1 - La demande et le vécu des femmes face à l'avortement tardif	42
2 - Remarques à propos des techniques utilisées et complications observées	45
3 - Le vécu des praticiens	47
4 - Les problèmes, voir les difficultés rencontrées par le personnel	48
Conclusion	49
LE VECU DES FEMMES	50
POSITION DE L'INSTITUTION MEDICALE	69
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	77
TABLE DES MATIERES	79

